

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA NÁRODOHOSPODÁŘSKÁ

Komparace českého a amerického systému zdravotnictví  
Comparison of Czech and US Healthcare Systems

Student: Lucie Řičicová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Martin Štěpánek, Ph.D

Ostrava 2008

Místopřezně prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně, veškerou literaturu a zdroje z nichž jsem v práci čerpala jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Vedoucí práce je oprávněn se o samostatnosti vypracování diplomové práce přesvědčit. Pokus o podvod bude stíhán zákonem.

V Ostravě 2008

.....

# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>1</b>
<b>1 STAV A SYSTÉM NAŠEHO ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>3</b>
1.1 Vývoj našeho zdravotnictví od roku 1989 - 1998 .....	3
1.2 Systém zdravotnictví ČR.....	6
1.2.1 Financování zdravotnictví.....	8
Financování praktických lékařů .....	10
Financování ambulantních specialistů .....	11
Financování nemocnic .....	11
Financování lékáren a léků .....	12
1.2.2 Zdravotní pojištění .....	13
1.2.3 Zdravotní pojišťovny .....	15
Hospodaření pojišťoven.....	17
Všeobecná zdravotní pojišťovna.....	17
<b>2 ZDRAVOTNICKÁ REFORMA .....</b>	<b>19</b>
2.1 Problémy ve zdravotnictví .....	19
2.2 Reforma zdravotního systému.....	22
2.2.1 Regulační poplatky .....	24
2.2.2 Poplatníci .....	24
2.2.3 Limit.....	24
2.2.4 Osvobození .....	26
2.2.5 Poplatek za návštěvu u lékaře .....	26
2.2.6 Poplatek za výdej léků .....	27
2.2.7 Poplatek za pohotovost .....	27
2.2.8 Poplatek za pobyt v nemocnici .....	28
2.2.9 Nemocenské.....	28
2.3 Opoziční návrh.....	30
2.4 Kritika a problémy zavedení regulačních poplatků .....	31

2.4.1	Kritika ze strany opozice .....	31
2.4.2	Přístup obyvatelstva .....	32
2.4.3	Problémy ze strany pacientů .....	32
<b>3</b>	<b>KOMPARACE AMERICKÉHO SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Americké zdravotnictví .....</b>	<b>33</b>
3.1.1	Pojištění .....	34
	Federální programy .....	34
	Pojištění placené zaměstnavatelem .....	36
	Individuální pojištění .....	37
<b>3.2</b>	<b>Komparace .....</b>	<b>38</b>
3.2.1	Typy zdravotních systémů .....	38
3.2.2	Srovnání výdajů k HDP .....	39
	Vládní a soukromé výdaje do zdravotnictví .....	40
	Výdaje na léčiva .....	43
	Výdaje na nemocnice .....	44
3.2.3	Nefinanční parametry .....	45
	Průměrný věk dožití .....	46
	Počet mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených .....	47
	Počet praktických lékařů na 1000 obyvatel .....	48
3.2.4	Vztah mezi průměrným věkem dožití a počtem mrtvých dětí k výdajům do zdravotnictví .....	49
3.2.5	Celkové zhodnocení .....	53
	<b>Závěr .....</b>	<b>56</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>61</b>
	<b>Seznam zkratek .....</b>	<b>64</b>
	<b>Prohlášení o výsledku diplomové práce</b>	
	<b>Seznam příloh</b>	

# Úvod

Téma komparace zdravotních systémů ČR a USA jsem si zvolila kvůli reformě zdravotnictví, o které se v poslední době vedou politické diskuze a vůbec diskuze široké veřejnosti. Letošní rok je rokem reformním, netýkají se pouze zdravotnictví, ale hlavně reformy veřejných financí a neustále odkládané penzijní reformě. Ale zdravotnickou reformu vnímají lidé ze všech reforem nejvíce, ani reforma veřejných financí nemá tolik odpůrců jako zdravotnická. Většina populace tuto reformu vidí spíše negativně. Hlavně starší generace, která je zvyklá na vysoké státní příspěvky a fungování státní správy „zadarmo“. Vidí, že se přímo dotkne jejich životního standardu (peníze půjdou přímo z jejich peněženek, kdežto u reformy veřejných financí se jim vůbec nedostanou do ruky a jsou strhávány rovnou státem nebo zaměstnavatelem z platu).

V listině lidských práv, jež je součástí ústavy, se říká, že „občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči,“ a díky tomu se nyní bojuje o porušení ústavní zákona kvůli zavedení regulačních poplatků u Ústavního soudu. Ale přitom zdravotní pojištění bezplatné není, to vědí hlavně zaměstnavatelé, kteří za své zaměstnance platí většinu pojištění. Pojištění je placeno každým občanem České republiky. Buď si ho hradí sám, nebo je za něj placeno státem (děti, studenti, důchodci, apod.). Výše pojistného zdravotního pojištění je 13,5% z vyměřovacího základu. Pro zaměstnance je vyměřovacím základem hrubá mzda, z níž zaměstnavatel strhává 4,5%, dalších 9% připlácí jako vedlejší náklad práce k hrubé mzdě.

Se startem reformy se u nás také začaly ozývat hlasy, že nás reforma směřuje k americkému systému zdravotnictví, a to díky chystané privatizaci jak pojišťoven tak nemocnic a poplatkům ve zdravotnictví. Proto bych chtěla zjistit, jaké jsou rozdíly mezi těmito dvěma systémy zdravotnictví, a jestli je opravdu možné, aby naše zdravotnictví fungovalo na principu toho ve Spojených státech amerických. A jestli opravdu ministr Julínek má vzor v USA a jiný systém nepřijme, nebo se jen snaží udělat z našeho zdravotnictví normálně fungující zdravotní systém bez zbytečných výdajů a nákladů.

Cílem této práce je pomocí komparace posoudit, který zdravotní systém je lepší, a zjistit, jak moc se bude reforma shodovat s americkým systémem zdravotnictví.

Tuto práci jsem rozdělila do tří hlavních kapitol. V první kapitole jsem se zaměřila na současný systém a stav našeho zdravotnictví. Abych mohla posoudit reformu, je potřeba poznat a pochopit, na jakých principech funguje naše zdravotnictví a proč je nutná reforma zdravotnictví. Tato kapitola představuje teoretickou část, kterou jsem

zaměřila hlavně na činnost zdravotních pojišťoven jejich přehled a důležitost. Dále princip jejich financování a samozřejmě výdajovou stránku a to hlavně na příkladu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, která je naší největší pojišťovnou. Nastínila jsem zde také vývoj zdravotnictví od roku 1989, který nám řekne nejvíce o stavu dnešního zdravotnictví a proč se dostal do takové stavu v jakém je dnes.

V druhé kapitole jsem se podívala na podobu zdravotnické reformy současné vládní strany, přiblížila její důležitost a potřebu. Ale samozřejmě je nejprve zjistit problémy, které vedly ke vzniku reformy, ty jsem rozebrala v úvodu této kapitoly. Pak jsem se zaměřila na již zavedenou první část reformy a to na regulační poplatky, na jejich výši a na jejich podrobnější přiblížení. Dále jsem zde představila opoziční návrh a co je důvodem odmítavého postoje k této reformě jak opozice, tak ze strany občanů ČR. Regulační poplatky fungují teprve tři měsíce, proto nelze zcela posoudit, jestli fungují podle účelu. Zaměřila jsem se aspoň na tu krátkou dobu a snažila jsem se zjistit, jestli se ji úspěšně podařilo zavést do praxe.

Poslední kapitolu jsem rozdělila do dvou podkapitol. V první podkapitole jsem se zaměřila na systém amerického zdravotnictví, jak tento systém funguje, jaký je jeho hlavní princip, na systém pojištění a úlohu státu v pojištění. USA patří mezi nejvyspělejší státy světa a myslím si, že je klidně můžu za nejvyspělejší zemi na světě označit. Disponuje nejmodernějšími technologiemi a je velmocí v zahraničním obchodě. USA mají také jiný politický systém, kde prezident nepředstavuje jen hlavu státu (v tomto případě federace), ale je představitelem výkonné moci. A v neposlední řadě je to obrovská země, kterou tvoří 50 států a žije zde přes 300 milionů obyvatel. Proto se zaměřím zrovna na to, jestli tato obrovská země na vysoké úrovni vyspělosti dokáže zkoordinovat svůj zdravotní systém lépe než naše malé země.

V druhé podkapitole jsem se pokusila tyto dva systémy zkomparovat. Snažila jsem se porovnat jejich výhody a nevýhody, zaměřila jsem se jak na finanční stránku, tak na porovnání různých parametrů, které nezohledňují peníze, a těmi parametry jsou průměrný věk dožití, počet mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených a počet praktických lékařů. Porovnála jsem také závislost některých nefinančních parametrů na výdajích na zdravotnictví k HDP.

# 1 Stav a systém našeho zdravotnictví

## 1.1 Vývoj našeho zdravotnictví od roku 1989 - 1998

Od roku 1989 prošlo zdravotnictví řadou významných reformních změn. Mnohé z nich byly úspěšné, některé jiné nebyly dostatečně připraveny a kromě pozitivního efektu měly i negativní dopady a konečně některé další zůstaly na půl cesty a nikdy se plně nerozvinuly. Po rychlém startu se reforma v druhé polovině devadesátých let prakticky zastavila a při tomto zastavení se konzervovaly i chyby, které do reformních kroků pronikly. Pokud k opravám chyb docházelo, bylo to obvykle se značným zpožděním, opravy nebyly promyšlené a komplexní a mnohdy byly zdrojem dalších potíží.

Druhý dech reforma nikdy nenabrala a došlo ke stagnaci systému. Tato reformní stagnace byla zčásti vyvolána obdobným stavem v celém národním hospodářství, zčásti však měla svůj zdroj i uvnitř zdravotnického systému. Ti, kteří nyní zaujali výhodné pozice, se snažili v těchto pozicích opevnit a nebyli dalším reformním krokům, které by mohly jejich postavení oslabit, nakloněni. Politické síly a zájmy ve státě se dostaly do relativní rovnováhy a nikdo z vedoucích politiků nechtěl riskovat a zasazovat se o změny, které by byly v některých případech nutně nepopulární.

Tempo růstu výdajů na zdravotnictví se po roce 1990 zvýšilo. Byly hrazeny z ústředního rozpočtu a prostřednictvím okresů. První velkou změnou bylo, že pro rok 1991 byly vyčleněny finance pro organizace přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví ČR. V roce 1991 bylo zdravotnictví stále financováno ze státního rozpočtu. Prostředky do něj plynuly přes rozpočty ministerstva vnitra a ministerstva zdravotnictví. Druhá velká změna proběhla v roce 1992, kdy proplácením úhrad zdravotní péče poskytovatelům prakticky zahájila svou činnost Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Prostředky na financování zdravotní péče však na ni byly stále ještě převáděny ze státního rozpočtu.

Od roku 1993 zahájila VZP a pak i další zdravotní pojišťovny výběr zdravotního pojištění a staly se hlavním místem proplácení výdajů za zdravotnické služby zdravotnickým zařízením. Stále však existovala řada nejasností o vzájemných vztazích a kompetencích jednotlivých prvků systému, vztazích mezi poskytovateli, pojišťovnami, státní správou, obcemi. Obě kapitoly státního rozpočtu nadále obsahovaly a obsahují prostředky pro zdravotnictví, avšak velikostí částek, jež jimi pro tyto účely procházejí, mají pro financování zdravotnictví pouze doplňkový charakter.

Na počátku roku 1998 u více než 80% dotázaných převládal pocit spokojenosti nebo spíše spokojenosti. Občané vyjadřovali svou spokojenost s vlídnějším a na pacienta více orientovaným zdravotním systémem, s přátelštějším přístupem většiny lékařů i s dostupností diagnostických i léčebných postupů.

Zlepšení v oblasti zdravotnictví se projevilo podle názorů širší i odborné veřejnosti v dostupnosti zdravotní péče, ve vyšší nabídce zejména nových diagnostických i léčebných metod. Dále v řadě oborů medicíny, v nichž došlo k nárůstu kvality, díky zavedení nových technologií a dostupnosti moderních léčebných metod a ve zvýšení zájmu o spokojenost pacientů ze strany zdravotnického personálu.

Je nutno přihlížet k názorům zasvěcených k názorům odborníků na ekonomiku zdravotních systémů, kteří poukazovali již dříve na banální, o to však nepopulárnější skutečnost, že i pro české zdravotnictví platí, že si stát, plátcí daní a pojistného, tedy spotřebitelé zdravotní péče mohou dovolit hradit z veřejných prostředků jen takový rozsah zdravotní péče, na který tyto finanční zdroje postačují.

Absolutní objem finančních zdrojů věnovaných na zdravotní péči, získaných z daní a z plateb zdravotního pojištění je ve srovnání se zeměmi EU velmi nízký. A to navzdory tomu, že procentuální podíl z HDP vydávaný na zdravotnictví je srovnatelný s některými státy EU. Část prostředků určených na úhradu nákladů spojených s poskytováním zdravotní péče, je věnována na financování rozsáhlého systému institucí, které se přímo na poskytování zdravotní péče nepodílejí. Zdravotní pojišťovny zajišťují správu fondů zdravotního pojištění a další nezbytné administrativní činnosti, dříve vykonávané orgány státní zdravotní správy. Bezprostřední a právě tak i střednědobý přínos pro dostupnost, kvalitu a hospodárnost zdravotní péče je často diskutován a kritizován. Přitom však bez těchto institucí se v současnosti české zdravotnictví neobejde.

Pro Českou republiku vyznívají povzbudivě ve srovnání s jinými státy střední a východní Evropy údaje o počtu nových přístrojů, o lepší dostupnosti náročných diagnostických a léčebných metod. Je však nutno ihned dodat často opomíjenou skutečnost, že někdo musí za tyto vítané změny k lepšímu, které jsou významné pro zdraví jedince a často i celé populace, zaplatit.

V případě českého zdravotnictví se uvedené skutečnosti neprosazovaly donedávna natolik naléhavě a jednoznačně, aby je česká veřejnost brala na vědomí a považovala je za velmi závažné. Proto jsou stále tak rozšířeny představy o bezplatnosti a nárokovosti neobyčejně široce založené péče o zdraví hrazené výlučně z prostředků všeobecného pojištění.



## **Základní charakteristika období a hlavních změn**

Uplynulé sedmnáctileté období lze schematicky rozčlenit asi takto:

- 1990 - 1991:
  - příprava a nastartování základních změn,
  - zánik zprvu Krajských ústavů národního zdraví a později též Okresních ústavů národního zdraví,
  - vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.
- 1992:
  - zahájení nového způsobu financování zdravotní péče prostřednictvím VZP (ta však ještě své zdroje čerpá ze státního rozpočtu),
  - vytvoření základů pro proces privatizace.
- 1993:
  - zahájení financování zdravotní péče VZP a později dalšími zdravotními pojišťovnami na bázi vybraného pojistného,
  - vznik několika zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven,
  - zahájení privatizace (zejména v ambulantní péči).
- 1994 - 1995:
  - ve financování zdravotnictví se objevují první vážné problémy,
  - vznik většiny zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven,
  - zdravotnická veřejnost vyjadřuje svoji nespokojenost se stavem systému.
- 1996:
  - potíže systému narůstají,
  - likvidace nebo fúze některých zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven,
  - legislativní omezení konkurence pojišťoven,
  - začíná se uznávat nutnost podstatných úprav systému a nutnost pokračovat v reformě v upraveném pojetí.
- 1997 - 1998:
  - tlumení růstu výdajů zavedením různých forem paušálních plateb,
  - pokus o restrukturalizaci lůžkové péče na bázi výběrových řízení.
- 1999 - 2001:
  - stagnace a vyčkávání.

- 2002 - 2004:
  - neprobíhají žádné větší změny, ministři jsou odvolávání a dosazování, proběhlo několik skandálů, ale reforma žádná.
- 2005
  - nemocnice byly převedeny na kraje.
- 2006
  - spor o převedení nemocnic na akciové společnosti.
- 2007
  - schválení zdravotní reformy.

## **1.2 Systém zdravotnictví ČR**

Na zdravotní systém v ČR, ale i ve světě, lze v podstatě pohlížet ze dvou pohledů. Na jedné straně je to soubor institucí a činností v nich probíhajících, jejichž účelem a cílem je zlepšovat zdravotní stav občanů například formou prevence nebo okamžitým lékařským zásahem. Na straně druhé jde o zajišťování optimálního chodu zdravotnických zařízení z hlediska organizace činností a finančního zajištění. Zejména otázky spojené s optimalizací sítě zdravotnických zřízení a způsobem jejich financování, tj. zejména způsobem financování zdravotní péče, jsou v poslední době velmi často zmiňovanou problematikou.

V posledních letech se nejvíce projevil vliv zdravotnictví a poskytované zdravotní péče na obyvatelstvo a to velmi zřetelně. Příznivé trendy ve snižování celkové úmrtnosti jsou toho důkazem. Ale i přesto je zřejmé, že naše zdravotnická soustava nemůže nadále existovat a fungovat ve své dosavadní podobě bez patřičných korekcí své struktury i funkce. A to hlavně z důvodu prohlubujícího se rozporu mezi rostoucími náklady na zdravotní péči a možností tyto nároky finančně pokrývat. Dosavadní opatření přijímána kompetentními orgány vesměs mýjela podstatu existujících i nově vznikajících problémů a většinou se soustřeďovala na omezené zásahy, vynucené momentální situací.

Vzhledem k prioritám péče o zdraví a vzhledem ke stávající makroekonomické, sociální a demografické situaci v našem státě by patrně bylo potřeba soustředit se na takové zásahy, které by byli schopny modifikovat její systémovou dynamiku tak, aby směřovala k naplňování oněch priorit, avšak aby současně respektovala konkrétní podmínky a reálnou situaci v našem státě. Základním kritériem pro posuzování výsledků

dosahovaných změn ve struktuře a funkci zdravotnické soustavy by se měla stát účinnost jejích specifických aktivit v přímé vazbě na efektivitu vynaložených výdajů. Za efektivní se považují ty zásahy, které přinášejí stejné medicínské výsledky při nižších nákladech. A to hlavně takové zásahy, které by směřovaly k podpoře rozhodující úlohy primární péče jako kvalifikované základny účinného preventivního pojetí celého systému péče o zdraví, jeho účelného propojení s komplexem sociální, komunitní a domácí péče a jako garanta maximálně racionálního vstupu občana do zdravotnické soustavy a dalšího pohybu v ní. Dál by měla směřovat k takovému pohybu pacienta v této soustavě, jenž zajistí v nejkratší době a optimální cestou adekvátní vyšetření, ošetření, léčení a případnou rehabilitaci pacienta v tom zdravotnickém zařízení, které je vzhledem k jeho zdravotnímu stavu k tomu odborně kompetentní, a maximálně eliminuje časové prodlevy a nepotřebné nebo zbytečně opakované diagnostické léčebné výkony. A v neposlední řadě k zajištění včasné a vysoce kvalifikované neodkladné pomoci při život ohrožujících stavech, příhodách a úrazech, s neprodleným odborně zajištěným přesunem do zařízení schopného poskytovat patřičnou intenzivní péči a zabezpečit další léčení a rehabilitaci.

K praktické realizaci těchto požadavků, jež by současně měla vést jak ke zvýšení kvality péče, tak k efektivnímu vynakládání financí, by mělo směřovat pojetí organizačních i funkčních změn v síti zdravotnických zařízení. Snahy o pozitivní ovlivnění zdravotního systému tedy mohou být úspěšné pouze pokud postihnou všechny tři jeho složky, tj. získávání zdrojů, rozdělování zdrojů poskytovatelům služeb a spotřebovávání zdrojů. Avšak dosavadní různá regulační a jiná opatření se zatím soustřeďovala převážně jen na zásahy do oblasti získávání a rozdělování prostředků, zatímco spotřebě zdrojů byla věnována jen minimální pozornost, než by odpovídalo jejímu zásadnímu významu.

Dalším významným problémovým okruhem je sféra nedořešených vlastnických vztahů a právních forem zdravotnických zařízení. První legislativní rámec byl pro jejich elementární změny po roce 1989, byl u nás vytvořen přijetím příslušných zákonů na počátku 90. let. Na tomto právním základě proběhla vcelku úspěšná privatizační vlna na úrovni pracovišť praktických lékařů a ambulantních specialistů. Další privatizační kroky na stupni lůžkových zařízení však narazily na naprostou koncepční, legislativní a organizační nepřipravenost.

Méně povedené fáze odstátňování zdravotnických zařízení byly zásahem vlády roku 1996 zastaveny. Tím se celý proces odstátňování zdravotnické soustavy zarazil na polovině cesty s tím, že převážná část lůžkových zařízení si zachovala charakter státních příspěvkových organizací, řízených buďto přímo z centra prostřednictvím ministerstva

zdravotnictví anebo prostřednictvím okresů. Teprve po reformě veřejné správy se vznikem krajů a zánikem okresů na přelomu století a v kontextu se změnami v institucionálních a organizačních prvcích státní správy a samosprávy nastala situace, která byla předvídatelná, neboť mimo jiné vyjevila zanedbané nedořešené vlastnické vztahy a právy formy u desítek zdravotních zařízení. Spolu s reformou se totiž změnili u mnohých jejich zřizovatelé. Nově vznikající kraje se bránily převzít tato zařízení v jejich dosavadní podobě příspěvkové organizace. Vystala tak zde skutečnost nedořešených vlastnických vztahů a právních forem zařízení zdravotnických zařízení bránící uzavření odstátnovacích procesů jako jednoho z důležitých předpokladů dokončení transformace českého zdravotnictví. Je však potřeba aby přijaté principy právních forem a vlastnických vztahů zdravotnických zařízení byly jasně vyjádřeny a přeneseny do příslušné legislativy.

A legislativa je právě posledním okruhem, bez jehož uzavření nelze úspěšně dořešit dosud otevřené a nezodpovězené otázky funkce a struktury naší zdravotnické soustavy. Problém spočívá v tom, že po období několika počátečních roků posledních desetiletí minulého století, kdy byl přijat soubor základních zákonů, jež nastartovaly reformu českého zdravotnictví, následovala řada let sterility zdravotnické legislativy, trvající dodnes.

### 1.2.1 Financování zdravotnictví

Financování, tj. úhrada výkonů zdravotnické péče, patří mezi nejdůležitější ekonomické činnosti pro každý subjekt. Jejich výše, příliv a odliv silně ovlivňuje ekonomické chování. Každá část zdravotnictví je v ČR financována poněkud jinak. Diferenciace zdravotnických objektů probíhá v ČR prakticky už od roku 1990. Rozdělení těchto subjektů souvisí s postupem a průběhem privatizace ve zdravotnictví. Postupně se ze státních zřízení staly samostatné soukromé subjekty. Velké nemocnice a to především fakultní nemocnice zůstávají ve vlastnictví státu. Vykonávají všechny druhy lékařské i zdravotnické péče včetně mnoha jiných navazujících služeb. Několik státních nemocnic se již transformovalo do právní formy akciových společností, i když zatím s majoritní účastí kraje nebo obce.

Proces štěpení zdravotnických subjektů přinesl postupně i změny ve financování zdravotnických zařízení. Tento proces byl postupný, vyvíjel se, měnil se stejně tak, jako se měnila struktura těchto zdravotnických zařízení. Financování zdravotnických zařízení doznalo v 90. letech několika podstatných změn. Ale i přesto se řada nemocnic

pohybuje v záporném hospodářském výsledku, proto se zdá, že chystaná reforma zdravotnictví a další změna ve financování bude na místě.

Zdravotnictví je stále regulované státem a to tak, že jsou regulovány ceny, stát se přímo účastní na dohodovacích řízeních, při kterých je stanovena výše úhrad za péči. Dále jsou regulovány počty poskytovatelů zdravotnických služeb, tzn. že stát uděluje licence pro vykonávání lékařské praxe, stanovuje počet studentů pro přijetí na lékařské fakulty, definuje síť garantované péče v systému zdravotnických služeb. Dále stát stanovuje výši veřejného zdravotního pojištění. A to jak legislativně stanoveny podmínky pro účast na veřejném zdravotnictví, tak definuje pojištěnce.

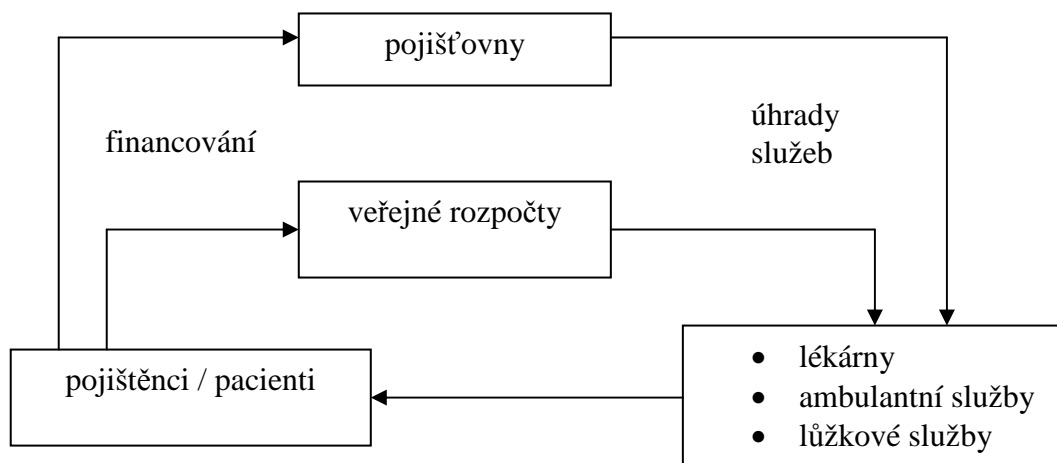
Způsoby financování můžeme rozdělit na přímé a nepřímé úhrady. Přímými úhradami se myslí platby za péči ze soukromého pojištění a platby přímé, tj. za výkony, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami a platíme je přímo u lékaře nebo výdaje na zaplacení zdravotnických služeb v případě neexistence pojištění.

Nepřímé úhrady jsou vlastně platby třetí stranou, patří sem veřejné rozpočty, veřejné zdravotní pojištění, dobrovolné pojištění, zaměstnanecké pojištění, charita a zahraniční pomoc.

Platba přes veřejné rozpočty se financuje z daní, to je ale nemotivační prvek, protože občané neví, kolik peněz jde do zdravotnictví a tak není zainteresován na snižování nákladů ve zdravotnictví. O tom kolik prostředků půjde z veřejných rozpočtů do zdravotnictví a jak budou rozdělovány rozhodují politici.

Existence soukromého pojištění souvisí se selháním trhu a veřejné pojištění se stane nedostačujícím, některým občanům by mohl být odepřen přístup k léčbě z důvodu neschopnosti platit. Soukromé pojištění můžeme rozdělit na komplementární, kdy se pojišťují pacienti, kteří se nemohou nebo nechtějí pojistit ve veřejném sektoru, v ČR je prováděno smluvní zdravotní pojištění, které provádí VZP. A na suplementární soukromé pojištění, tj. pojištění nadstandardní zdravotní péče, které není zahrnuto do standardního koše zdravotnických služeb hrazeného z veřejných zdrojů a pojištění za spoluúčasti, výše se stanoví jako rozdíl mezi cenou péče a výší úhrady z veřejných zdrojů.

Zjednodušeně lze financování zdravotnictví popsat na následujícím schématu:



## Financování praktických lékařů

Na začátku 90. let byli financováni pouze výkonovou platbou, tzn. že každý zdravotní výkon měl taxativně přidělen určitý počet bodů a hodnota jednoho bodu byla 0,6 Kč. Lékaři tak mohli vykonávat i nadbytečné výkony, aniž by pacienta poslali k odbornému lékaři. Systém tak vytvářel špatnou motivaci, kdy se snažil získat větší počet bodů, tento systém tedy nebyl optimální. Proto se přešlo na systém tzv. kombinované kapitačně výkonové platby, kdy část odměny lékaře je založena na fixní části a druhá část je závislá na provedených výkonech.

Nyní je zdravotní péče hrazena lékařům přes pojišťovny, s kterými lékař uzavírá smlouvy v závislosti na výběru pojišťovny svými pacienty. Pravidelně každý měsíc pak příslušným pojišťovnám účtuje úhradu za poskytnutou péči ve formě dávek na disketách či na předepsaných formulářích. Pojišťovny mu posílají úhrady dle termínů určených ve smlouvě.

Fixní část peněz dostává ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, kterého má ve své registraci. Tuto část dostává pouze za to, že registraci pacienta bez ohledu na to, jestli pacient v průběhu měsíce lékaře navštívil. Tato pevná část se odvozuje podle věku pacienta, vykazuje se tzv. jednicový pojištěnec neboli kapitační jednotka. Pojišťovna dělá dohled nad těmito registracemi a kontroluje, jestli jedna osoba není registrovaná u dvou praktických lékařů najednou.

Podle statistiky VZP tak připadá na jednoho dětského lékaře kolem 1000 dětí, na jednoho praktického lékaře pak cca 1500 dospělých pojištěnců. Pro lékaře je podstatné, jaká je věková struktura pacientů. Největší koeficient je do věku 4 let, pak se pomalu

snižuje až do rozmezí 20-24, kdy je tento koeficient nejnižší a činí 0,9, poté se začíná opět zvyšovat, u věkového rozmezí 45-49 je 1,10, až se dostane na 3,4 u pacientů starších 85 let. Kapitační platba se provádí nikoliv na jednoho pacienta, ale podle tohoto koeficientu na jednicového pojištěnce. Pokud počet jednicových pacientů překročí u některých lékařů více než 30%, fixní část lékaři se krátí. Tímto způsobem se limituje horní hranice možných pacientů jednoho praktického lékaře. Takto je zabraňováno tomu, aby měl lékař velkou klientelu na úkor péče o pacienta. Tento kapitační systém je lékaři akceptován a přinesl oproti předcházejícímu systému zlepšení.

Druhou složky jsou platby za určité výkony, tudíž složka pohyblivá. Praktičtí lékaři vykazují svou činnost na základě MZd ČR, obsahující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je vyhláškou pevně stanovena v Kč.

## **Financování ambulantních specialistů**

Několik let byl systém založen na provádění plateb za poskytnuté zdravotní výkony. Tyto platby spočívaly ve vytvoření sazebníku tj. Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vytvořeného MZd ČR. Podle něj každý specialista vykazoval své výkony a přiřadil jim určitý počet bodů. Hodnota bodu byla záležitostí dohádovacího řízení mezi pojišťovnami a Lékařskou komorou. Pokud se strany nedohodly vstupoval do jednání vláda, která rozhodla většinou kompromisem. Tento systém platí stále, i když vláda už prakticky nezasahuje a v případě neshody pokračuje předcházející stav do té doby, dokud se obě smluvní strany nedohodnou.

Financování ambulantních specialistů představuje z hlediska financování jejich výkonů asi nejvíce problémovou oblast, neboť systém financování zřetelně neuspokojuje obě strany, lékaře i pojišťovny. Předpokládá se, že část lékařů by mohla přejít na systém kapitačních plateb.

## **Financování nemocnic**

Od roku 1997 jsou nemocnice financovány paušální platbou. Výše tohoto paušálu byla stanovena na základě skutečnosti předcházejícího roku, tzn. že se vycházelo z údaje ukazujícího kolik finančních prostředků obdržela tatáž nemocnice v minulém roce.

Před tímto systémem byly nemocnice financovány ještě tzv. výkonovým systémem, tzn. platbou za provedené výkony. Paušální platby vycházely ze skutečnosti, že

cca 75% celkových nákladů představují tyto fixní platby. Fixní platby jsou nezávislé na počtu pacientů či prováděných výkonech. Výše paušálu byla tedy rozdílná u jednotlivých nemocnic, neboť fixní náklady jsou náklady na teplo, elektrickou energii apod. a tyto náklady nejsou nemocnicemi regulovatelné. Jsou to náklady nutné, jejich cena je dána především cenami dodavatelů, z nichž většina má monopolní postavení. Systém paušálních plateb vede spíše k omezování výkonů, protože náklady na tyto výkony neustále rostou. Proto se uvažuje, že některé platby by bylo vhodné financovat výkonovým systémem.

Nalezení a realizace vhodnější struktury nemocnic, optimálního stavu počtu lůžek, snižování režijních nákladů a nalezení příznivějších ekonomických parametrů pro nezbytné fungování těchto nemocnic, to je úkol, který před celou organizací zdravotnictví ČR teprve stojí a bude muset být radikálně řešen.

## **Financování lékáren a léků**

Léky jsou lidem vydávány buď zdarma, pokud je daný lék na lékařský podpis, neboť součástí plateb zdravotního pojištění je i platba za léky, léčebné pomůcky, popřípadě i zdravotnické zboží, které je pacientům vydáváno právě prostřednictvím lékáren. Léky, popřípadě zdravotní pomůcky na lékařský předpis jsou často plně kryty zdravotním pojištěním. Lékárna pak dostane úhradu za tyto lékařské předpisy přímo od pojišťovny.

Dále jsou léky vydávány s doplatkem, pokud zdravotní pojišťovna nehradí jeho cenu zcela ze zdravotního pojištění, ale kryje jen část úhrady. Tato část krytá pojišťovnou je pro všechny lékárny stejná, přesto se však výše doplatků od sebe v různých lékárnách liší. Je to dáno tím, že lékárny jsou většinou soukromým ekonomickým subjektem. Také různé zdravotní pojišťovny mohou na léky přispívat různě.

S přímou a plnou platbou jsou vydávány léky a zdravotní pomůcky, které nejsou buď na předpis nebo na jejichž úhradu pojišťovna vůbec nepřispívá.

Od roku 1995 se v ČR se používá tzv. generický princip kategorizace a úhrad, což znamená, že ve skupině léčiv je aspoň jeden, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění. U ostatních léčiv této řady, pak rozdíl mezi úhradou a cenou doplácí pacient. Tento princip brání tomu, aby se velmi nemocní lidé, kteří mají většinou nejméně finančních prostředků, nedostali ke kvalitním a účinným lékům. Ve své lékové politice Ministerstvo zdravotnictví ČR také upřednostňuje a zvýhodňuje kvalitní léky vyráběné českými firmami. Pacient má tedy na výběr, jestli si nechá předepsat stejně účinný lék



české výroby, který je plně hrazen, anebo zda si doplatí dražší lék od zahraničního výrobce.

Z důvodu vysokého doplacení léků pacienti MZd ČR uplatnilo opatření, v podobě limitů, které zabraňují lékařům předepisování vysokého počtu nákladných léků. Tyto limity jsou stanoveny různě, například u praktických lékařů platí, že překročí-li lékař celostátní průměrné náklady na jednoho pacienta o více než 20%, je mu učiněna srážka v hodnotě 25% z převyšené sumy. Avšak ani tato regulace nezpůsobila stagnaci či pokles všeobecného trendu vzrůstu nákladů na léky. Je zjevné, že regulační zásahy ze strany MZd ČR budou muset být zpřísněna, nepříznivý vývoj kontrolován a řešen, popřípadě bude muset být dosavadní systém nahrazen jiným.

### 1.2.2 Zdravotní pojištění

„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Slovem každý se zde vyjadřuje, že právo přiznává tuto ochranu zdraví každé fyzické osobě, bez ohledu na jakékoliv další podmínky. Zatímco jen občané mají právo na bezplatnou zdravotní péči.<sup>1</sup>

Plátcí pojistného zdravotního pojištění podle zákona jsou:

- zaměstnanci v pracovním poměru účastném nemocenského pojištění,
- zaměstnavatelé,
- stát.

Všichni občané ČR včetně cizinců majících na území ČR trvalý pobyt nebo jsou zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR, jsou podle zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, povinni platit zdravotní pojištění. Řada občanů nemá vlastní příjem ve formě mzdy za vykonanou práci např. děti, ženy na mateřské dovolené, důchodci, nezaměstnaní a podobně, proto za ně hradí pojistné stát ze státního rozpočtu. U zaměstnanců se na celkové úhradě jejich zdravotního pojištění podílí významnou měrou jejich zaměstnavatel. Z vyměřovacího základu zaměstnance se na zdravotní pojištění přispívá 13,5%. Samotný zaměstnanec hradí 4,5% a zaměstnavatel pak zbývajících 9%. Naproti tomu osoby samostatně výdělečně činné si hradí pojistné sami formou měsíčních záloh a ročního doplatku. Zdravotní pojištění se odvádí na účty zdravotních pojišťoven a

---

<sup>1</sup> HAVLÍČEK, K., HEMELÍK, T.: *Nad veřejným zdravotním pojištěním*

následně dochází k tzv. přerozdělování finančních prostředků vybraných na zdravotním pojištění.

Veřejné zdravotní pojištění zajišťuje stejný přístup k čerpání zdravotní péče hrazené z tohoto pojištění všem občanům bez ohledu na konkrétní výši jimi placeného pojistného. Má-li být tato úloha veřejného zdravotního pojištění splněna pro pojištěnce všech zdravotních pojišťoven, musí dojít k přerozdělení jimi vybraného pojistného. Přerozdělovací mechanismus je důležitý nástroj, kterým se zajišťuje solidarita zdravých občanů s nemocnými. Každá zdravotní pojišťovna sděluje jednou měsíčně správci zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění výši 100 % vybraného pojistného. Tento účet spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna, která podle stanovených pravidel a pod dohledem dozorčího orgánu vypočítává podíly pro jednotlivé zdravotní pojišťovny v České republice. Dále je zvláštní účet doplněn Ministerstvem financí ČR o pojistné za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát. V současné době se jedná o částku 560 Kč za jednoho takového pojištěnce. Příspěvek státu neodpovídá výši výdajů vynakládaných na zdravotní péči čerpanou těmito pojištěnci a proto je realizováno vlastní přerozdělení finančních prostředků.

K přerozdělování se používají tzv. nákladové indexy 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od narození do 5 let, od 5 do 10 let a dále vždy po 5 letech až po věkové skupiny od 80 do 85 let a skupiny od 85 let. Dále jsou v procesu přerozdělení jsou zohledněny počty pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven, za které je plátcem pojistného stát, v členění na věkové skupiny do 60 let a nad 60 let věku. Částku pro příslušnou zdravotní pojišťovnu pak tvoří součet podílů připadajících na každého jejího pojištěnce, za kterého je plátcem pojistného stát, přičemž na jednoho takového pojištěnce ve věku do 60 let připadá jeden podíl a nad 60 let tři podíly. Jeden podíl se vypočte ze součtu 60 % vybraného pojistného, celkové platby státu za osoby, za něž je plátcem, a dalších příjmů zvláštního účtu, zejména v jeho prospěch připsaných úroků. Součet se dělí celkovým počtem pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát. V přechodném období roku 2006 je výsledek přerozdělování dle nákladových indexů použit ze 70% a výsledek přerozdělování dle podílů na pojištěnce, za které platí pojistné stát, ze 30%. Následně dochází k finančnímu vyrovnání mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Přerozdělovací proces lze označit za ochranné zabezpečení před nežádoucím selektivním výběrem pojištěnců ze strany zdravotních pojišťoven.

### 1.2.3 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž činnost vychází především ze zákonů č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů, a č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. K zahájení činnosti musí zdravotní pojišťovna získat povolení Ministerstva zdravotnictví ČR, navíc se musí zavázat, že do jednoho roku od svého vzniku musí mít minimálně 50 tis. pojištěnců. Z hlediska organizační struktury je nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny správní rada, která rozhoduje o zásadních otázkách týkajících se činnosti zdravotní pojišťovny. Nejvyšším kontrolním orgánem je dozorčí rada, která dohlíží nad dodržováním pravidel hospodaření, právních předpisů a vnitřních předpisů pojišťovny. Ve zdravotních pojišťovnách dále pracuje tzv. rozhodčí orgán, který rozhoduje zejména ve věcech týkajících se např. sporného placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné.

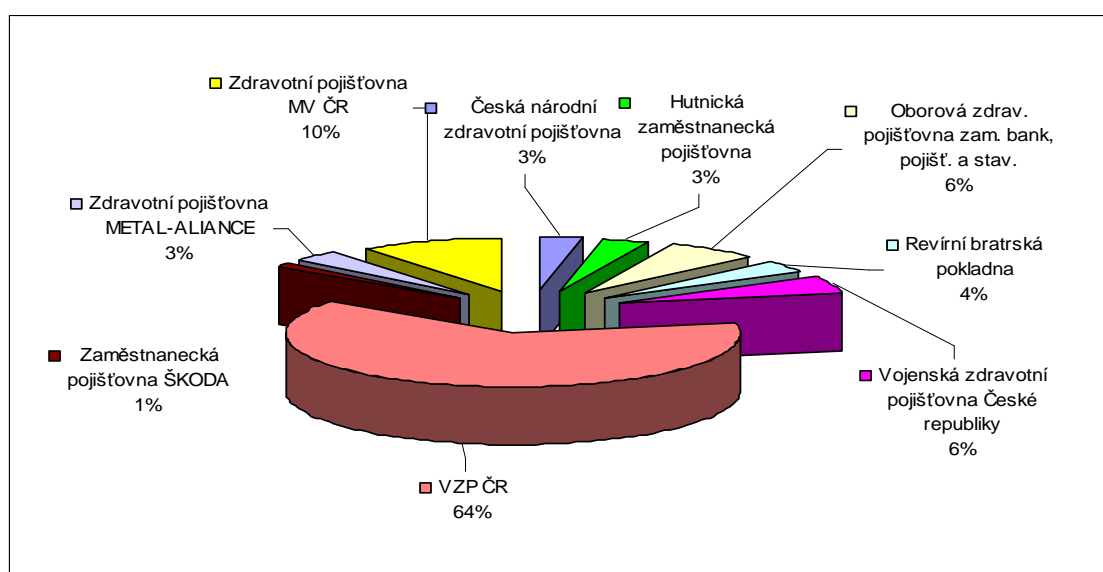
Zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace, které pro jednotlivé oblasti svých činností vytvářejí a spravují účelové fondy. V souladu s právními předpisy vytváří a spravuje každá zdravotní pojišťovna základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku. Zdravotní pojišťovna může při splnění zákonem stanovených podmínek vytvořit a spravovat fond prevence a fond specifické zdravotní péče na úhradu zdravotní péče svým pojištěncům, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Základní fond zdravotního pojištění je tvořen především platbami pojistného a slouží k úhradě zdravotní péče zdravotnickým zařízením a dále ke krytí nákladů na činnost pojišťovny, jejichž výše je právní normou regulována. Rezervní fond je tvořen převodem části zůstatku základního fondu zdravotního pojištění tak, aby jeho minimální výše dosahovala 1,5% průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění vždy za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

Od roku 1992 bylo v ČR financování zdravotní péče v podstatné části přesunuto na zdravotní pojišťovny, pouze malou část prostředků měl k dispozici stát. Nyní přes pojišťovny prochází kolem 90% veřejných výdajů na zdravotní péči. Zdravotní pojištění se stalo povinné pro všechny občany České republiky. Každý občan si může zvolit svoji oborovou, regionální nebo podnikovou pojišťovnu. Pokud si žádnou nevybere automaticky se stává pojištěncem Všeobecné zdravotní pojišťovny. V současné době je VZP největší pojišťovnou u nás, je u ní registrováno přes 70% pojištěnců v ČR. Všechny pojišťovny

musí poskytovat stejnou zdravotní péči jakou garantuje stát u VZP za minimálně stejných podmínek. Resortní a oborové pojišťovny se tak liší především v úrovni nadstandardních úhrad svým pojištěncům.

V současné době existuje u nás 9 zdravotních pojišťoven a to Česká národní zdravotní pojišťovna, Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna bank, pojišťoven a stavebnictví, Revírní bratrská pokladna, Vojenská zdravotní pojišťovna, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna METAL – ALIANCE, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR. A právě VZP má již od samého počátku výsadní postavení. Ale počet jejich klientů se začíná pomalu snižovat díky konkurenčnímu boji ostatních pojišťoven, které se snaží získat nové klienty různými výhodami hlavně pro ženy, děti, nemocné a nejrozumnější rizikové skupiny. Tento konkurenční tlak tak přináší určité zlepšení pro klienty resortních, podnikových a oborových pojišťoven především ve vyšších částkách úhrad například na očkování, ozdravné pobyty, peněžní příspěvky na léky a další výhody.

**Obr 1.1: podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven ČR v počtu klientů**



*Zdroj: webové stránky jednotlivých zdravotních pojišťoven, vlastní úprava*

Na obr. 1.1 je jasně vidět, že Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR má výsadní postavení, počet klientů je více než polovina všech obyvatel ČR. Za ní následuje Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, která má ale už jen pouhých 10 % klientů.

## **Hospodaření pojišťoven**

Hospodaření pojišťoven se provádí prostřednictvím fondů, jejichž tvorba a čerpání je stanoveno vyhláškou Ministerstva financí ČR. Základní normou týkající se činnosti zdravotní pojišťovny je zdravotně pojistný plán. V termínu stanoveném MZd musí zdravotní pojišťovna předložit návrh zdravotně pojistného plánu MF. MZd ho po projednání s ministerstvem financí předkládá vládě ČR a dále je schvalován Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR. Pokud vláda opakovaně neschválí návrh zdravotně pojistného plánu, MZd může rozhodnout o odejmutí povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění a následně o zrušení zdravotní pojišťovny.

Financování zdravotní péče se stanovuje na základě dohadovacího řízení, a to na následující období, tj. zpravidla další čtvrtletí. Předmětem tohoto dohadovacího řízení mezi zástupci VZP, ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotních zařízení (tzn. České lékařské komory) je financování dle jednotlivých výdajových fondů. Po posouzení výsledků dohadovacího řízení vyhláší výsledky tohoto řízení MZd ve Věstníku MZd. Nedojde-li dohadovací řízení k výsledku, rozhodne na návrh MZd o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče uhrazené ze zdravotního pojištění vláda ČR.

Zúčtování, fakturování a vykazování zdravotní péče na individuálních dokladech probíhá na základě smluvních vztahů mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením v závislosti na formulaci uzavřené smlouvy a platné metodiky buď měsíčně (soukromé ordinace) nebo po kalendářních čtvrtletích (nemocnice).

Financování zdravotní péče je pak zajišťováno ze základních fondů zdravotního pojištění, který je tvořen v jednotlivých oblastech ČR z příjmů výběru pojistného včetně dalších příjmů, tzn. především z příjmů za pojištěnce, za které je plátcem stát.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny se svěřenými finančními prostředky nakládat účelně a hospodárně. Výsledky svého hospodaření jsou povinny předkládat dozorčí radě.

## **Všeobecná zdravotní pojišťovna**

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb. s účinností od 1.1.1992. VZP provádí veřejné zdravotní pojištění v souladu s platnými právními předpisy. VZP je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů

vyplývající. VZP zajišťuje výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění a úhradu zdravotní péče z prostředků zdravotního pojištění a další činnosti, které jí umožňuje zákon. VZP vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění, je správcem zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění. Sídlo VZP je v Praze 3.

Organizační strukturu VZP tvoří Ústředí, krajské pobočky, územní pracoviště a úřadovny. Organizaci a postavení organizačních složek podrobně upravuje organizační řád VZP. V čele VZP stojí ředitel VZP, kterého volí a odvolává na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Ředitel VZP je statutárním orgánem VZP a jedná jejím jménem.

VZP má více než 6,5 miliony klientů a je největší zdravotní pojišťovnou v České republice. Funguje u nás už přes 15 let a dlouhodobě patří k základním pilířům systému zdravotnictví v ČR. Snaží se orientovat vlastní hospodaření na efektivitu. VZP bez ohledu na sociální postavení svých klientů za ně platí zdravotní péči čerpanou na území České republiky a v zemích EU – pomáhá řešit jakoukoli zdravotní situaci. Dbá na to, aby nebyla porušována lidská, patientská a pojištěnecká práva klientů. Je schopna hradit i ty nejnáročnější zdravotnické úkony. Zaměřuje se vedle zdravotní péče na zdravotní programy a další preventivní akce, jejichž cílem je předcházet vzniku závažných onemocnění.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky vstoupila do roku 2006 pod nucenou správou, která na ni byla uvalena ministerstvem zdravotnictví dne 10.11.2005 a ukončena byla 2.5.2006 MZd.

Hospodaření VZP bylo v minulých letech negativně ovlivněno velkými tlaky na výdajovou část základního fondu zdravotního pojištění, přičemž příjmová stránka nebyla dostatečná k pokrytí těchto požadavků. Výsledkem bylo nakumulování dluhů vůči zdravotnickým zařízením, projevující se vysokou úrovní závazků po lhůtě splatnosti. Do roku 2006 tak VZP vstoupila se závazky po lhůtě splatnosti ve výši 10,6 mld. Kč. Rok 2006 znamená významný zlom zejména z pohledu příjmové stránky. Hlavní přínos pro posílení příjmů Pojišťovny znamená zejména zvýšení platby za pojištěnce, za které je plátcem pojistného na všeobecné zdravotní pojištění stát a zavedení nového způsobu přerozdělování pojistného v plném rozsahu. Oba tyto faktory, tzn. nízká platba státu za své pojištěnce a nízká eliminace rizik souvisejících se strukturou pojištěnců, se významnou mírou v minulosti podílely na negativním hospodaření Pojišťovny.

## 2 Zdravotnická reforma

### 2.1 Problémy ve zdravotnictví

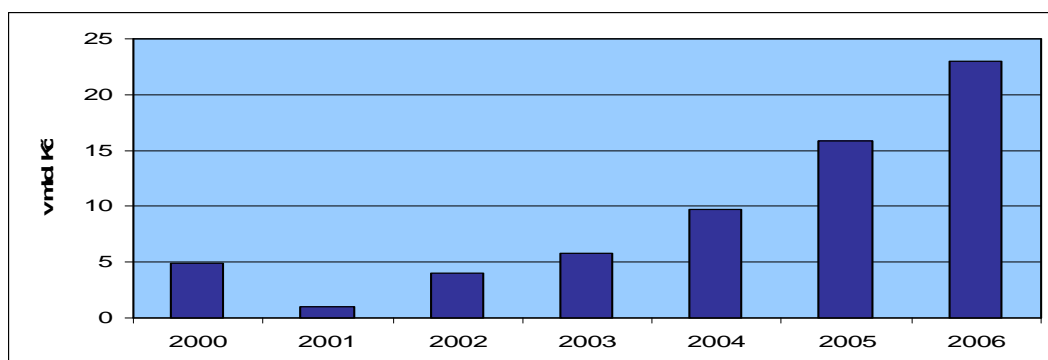
Hlavním důvodem, proč je potřeba zdravotní reformy, jsou přetrvávající problémy ve zdravotnictví. Při reformě zdravotnictví v 90. letech bylo v plánu, že se z našeho zdravotnictví stane konkurenční odvětví, kde si měly konkurovat jak pojišťovny tak zdravotnická zařízení. Dnes existuje sice určitá konkurence, ve které však nefungují rovnovážné tržní ceny, ale ceny regulované státem. V roce 2001 byl systém veřejného zdravotního pojištění po částečném odkupu pohledávek zdravotních pojišťoven za neplatiče pojistného Českou konsolidační agenturou finančně stabilizován. Následující vydání úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví, která díky nedohodě mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče v oblasti lůžkové péče platila až do konce roku 2004, zavedlo systém do dnešního finančního propadu.

Tím hlavním problémem je hlavně neefektivní využívání finančních prostředků. Neustále je upozorňováno na fakt, že ve zdravotnictví se s penězi plýtvá, protože pacienti, lékaři ani nemocnice nejsou dostatečně motivováni k tomu, aby hledali úspory nebo jiné levnější řešení. Největší problémy způsobuje příliš vysoká návštěvnost lékařů, nevhodná struktura nemocničních lůžek, předepisování příliš mnoha často zbytečných léků a chybějící transparentnost.

Výdaje zdravotních pojišťoven převyšují jejich příjmy, což vede k opoždování jejich plateb nemocnicím a lékařům. O výdajích i příjmech pojišťoven přitom do značné míry rozhoduje stát. Ministerstvo financí stanoví maximální ceny léků, ministerstvo zdravotnictví pak určí, kolik z této ceny zaplatí zdravotní pojišťovny. Zdravotnictví v podstatě stanoví také ceny lékařských výkonů. Ceny výkonů sice vznikají na základě dohodovacího řízení mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Pokud se ale nedohodnou, stanoví ceny ministerstvo zdravotnictví.

VZP je největším plátcem zdravotní péče v České republice, ale má nadprůměrné zastoupení nákladných pojištěnců a seniorů, tzn. pojištěnce, kteří mají vysoké nároky na zdravotní péči. Toto nepříznivě ovlivňuje klesající podíl plateb státu na příjmech ze zdravotního pojištění. VZP je také věřitelem, kdy se ostatní pojišťovny snaží udržet tento stav co nejdéle, ten ale vede ke vzniku deficitu u VZP. To způsobuje, že VZP platí faktury poskytovatelům zdravotnických služeb se zpožděním 1-2 měsíců. Tak vzniká koloběh dluhů a dochází ke zpoždování hrazení faktur nemocnic dodavatelům.

**Obr. 2.1: objem závazků zdravotních pojišťoven po lhůtě splatnosti v letech 2000 - 2006**



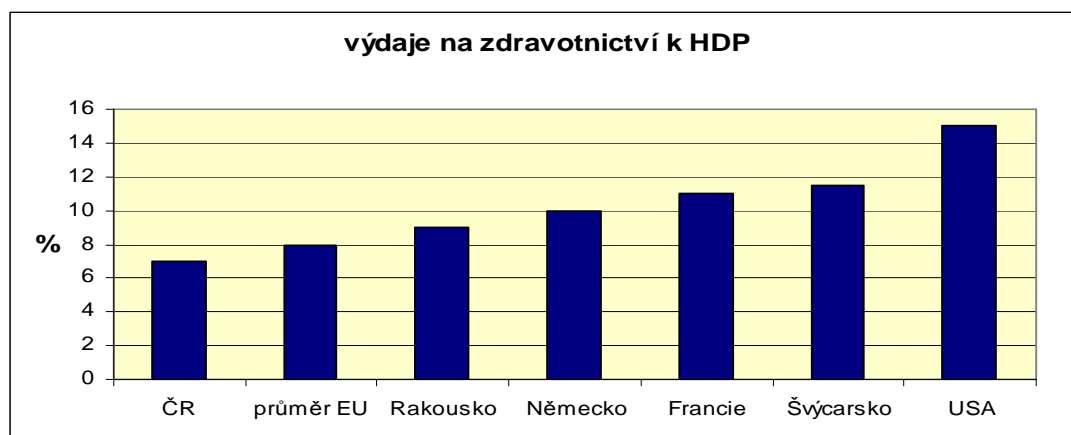
*Zdroj: <http://www.healthreform.cz>*

Jak lze na grafu vidět závazky se v poslední době šplhají k obrovským sumám. To způsobuje neschopnost pojišťoven a hlavně VZP, která je hlavním věřitelem platit včas za zdravotní péči a je tak spuštěn dluhový kolotoč.

Výsledky hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven vedou pravidelně každoročně ke vzniku několikamiliardových ztrát. Ale zásadní příčiny tohoto stavu nejsou již mnoho let řešeny. Příčiny spočívají také v nedostatečně podložených rozhodovacích procesech na úrovni státní správy, nedostatečně řízené výdajové stránky pojištění. Spotřeba péče v oblasti léčiv, zdravotnických prostředků, diagnostických výkonů roste prakticky dvojnásobně než samotné příjmy zdravotního pojištění.

Přitom je u nás na zdravotnictví vydáván zhruba stejný objem financí jako v nejvyspělejších státech EU. Je to kolem 7% HDP, tj. pouze o 1% méně než je průměr nejvyspělejších států EU.

**Obr. 2.2: výdaje na zdravotnictví k HDP ve vybraných zemích**



*Zdroj: <http://www.healthreform.cz>, <http://www.OECD.org>, vlastní úprava*



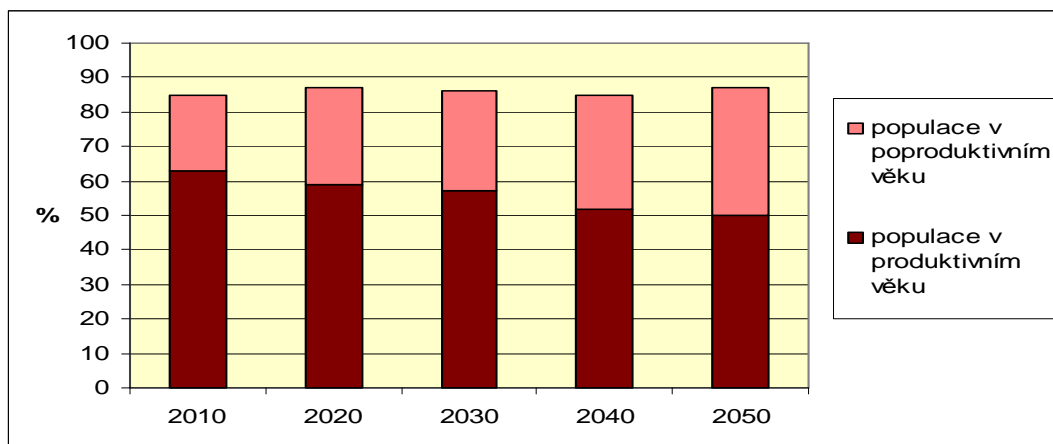
Velkým problémem nejen ve zdravotnictví je korupce a to hlavně korupce spojená s uzavíráním nevýhodných smluv související s rozdělováním státních prostředků a osobní zájmy podnikatelských subjektů, které se snaží protlačit svůj projekt, který je většinou nevýhodný a tak způsobuje větší škody, jako jsou např. vyšší náklady nebo nedokonalé provedení.

Dalším problémem je nestabilita v odměňování lékařů, nedostatečná kontrola nad zdravotním pojištěním a špatná konkurence v ohledu smluvních ujednáních s poskytovateli i klienty. Ve smlouvě se zdravotnickým zařízením by měl být požadován druh a kvalita zdravotní péče a poté dohodnout její objem a cenu. Poskytovatelé zdravotní péče jsou placeni bez ohledu na kvalitu a potřebnost svých služeb. Tímto stavem jsou poškozováni především pacienti, ale také kvalitní a efektivní zdravotnická zařízení, na jejichž služby nezbyvá dostatek zdrojů, protože pojišťovny platí i nekvalitní, zbytečné, drahé a nepotřebné služby.

Problémem je také organizace zdravotnických služeb. A to hlavně nevyvážený vývoj služeb v oblasti praktických lékařů, ambulantních specialistů, nemocnic a odborných léčebných ústavů. Počet ambulantních specialistů se zdvojnásobil, zatímco v případě praktických lékařů pro dospělé a u stomatologů dochází spíše k úbytku. Nadbytek ambulantních specialistů souvisí s jejich určitým nedostatkem v nemocnicích. Přesuny těchto lékařů byly způsobeny nevyváženými ekonomickými motivacemi v nemocničním a ambulantním sektoru služeb. Problém je také organizační uspořádání a nákladnost pražských nemocnic a zdravotnických zařízení.

Velkým problémem všech vyspělých států souvisejícím s dokonalými technologiemi ve zdravotnictví je stárnutí populace. Díky tomuto faktu musí dojít k reformě nejen ve zdravotnictví, ale hlavně v důchodovém systému, sociálním systému a celkově ve výdajové stránce. Rostoucí zastoupení občanů starších 65ti let v české populaci bude vyvolávat stále silnější tlak na navyšování výdajů na zdravotní péči. Jsou to především starší občané, kteří spotřebovávají nejvíce zdravotní péče. Zdravotní pojištění za ně platí stát, což je vzhledem k potřebě o ně nedostačující částka. Český systém zdravotního pojištění patří k průběžně financovaným systémům, promítne se snižování počtu obyvatel ve středním věku nejen do nedostatku lidí schopných se o starší spoluobčany postarat a léčit je, ale také v nižším vybraném pojistném.

**Obr. 2.3: podíl produktivní a poproduktivní populace na celkové populaci ČR**



*Zdroj: B. Burcin a T. Kučera, Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003-2065, Přírodovědecká fakulta UK v Praze, 2003*

Nyní tvoří lidé v aktivním věku 65% všech obyvatel České republiky. V roce 2050 budou tvořit pouze polovinu pouze polovinu. Naproti tomu počet starších občanů se zvětší z dnešních 20% na 36%.

## 2.2 Reforma zdravotního systému

„Reformní kroky by měly vést k úsporám a zvýšení efektivity. Zdravotní péče v garantovaném rozsahu a kvalitě by měla být dostupná občanům při odpovídajících nákladech“.<sup>2</sup> Reformu zdravotnictví naši vládní strany vypracoval ministr Tomáš Julínek za pomoci MUDr. Pavla Hroboně, nezávislého konzultanta ve zdravotnictví, a MUDr. Tomáše Macháčka, poradce ministra zdravotnictví. Zavedení regulačních poplatků je pouze prvním stabilizačním krokem reformy. Pokračování reformy je naplánované během tohoto roku a jako hlavním reformním rokem má být rok 2009. Ve kterém musí být provedena změna ve veřejném zdravotním pojištění, kde je nezbytné stanovení rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Neodkladná a nákladná péče by měla být zahrnuta do systému zdravotního pojištění v tom rozsahu, jaký je opravdu nutný. Motivací k hospodárnému chování je průhlednost systému. Stát má zajišťovat pouze nezbytné podmínky pro realizaci a dostupnost kvalitní zdravotní péče.

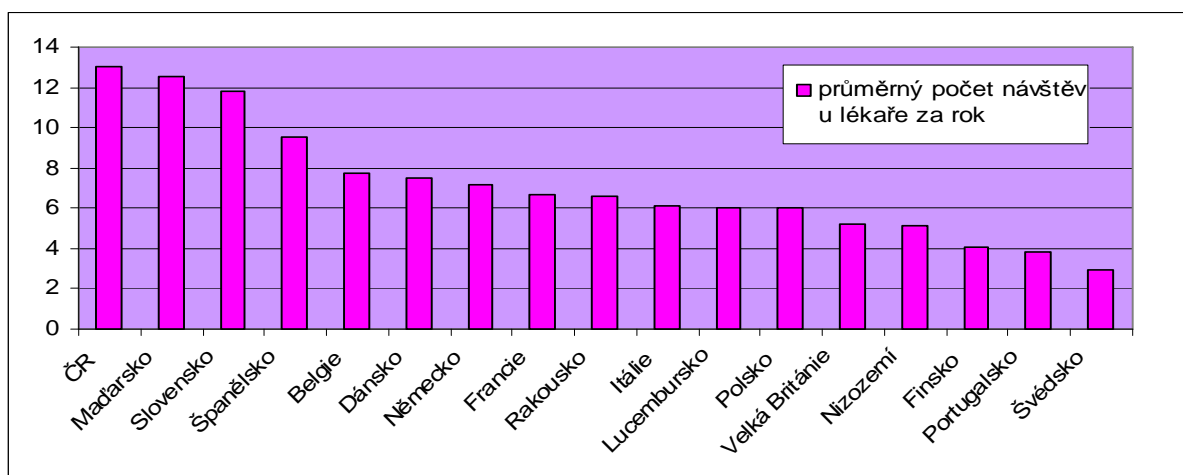
Mělo by se změnit fungování zdravotních pojišťoven, které by se měly stát více si navzájem konkurujícími, aby docházelo k určitému boji o pacienta. Zdravotní pojišťovny musí být plně odpovědné za hospodaření se svěřenými prostředky. Uzavírání

<sup>2</sup> Antonín Nechvátal: Naše reforma zdravotnictví, <http://www.cevro.cz>

smluv s poskytovateli zdravotní péče musí probíhat za rovných podmínek. Měla by být provedena změna v dohledu nad zdravotním pojištěním. A dále je žádoucí zavedení doplňkového pojištění a spoluúčasti pacientů na nadstandardních výkonech. A v neposlední řadě by měla zdravotnická zařízení v systému zdravotního pojištění poskytovat péči v standardní kvalitě, kterou by nesmí snižovat kvalitně směrem dolů. Zařízení si ale mohou konkurovat v oblasti nadstandardní.

V roce 2007 zdravotnictví dosáhlo ve výdajích 200 miliard korun. Většina peněz pochází z veřejného zdravotního pojištění. Účelem zdravotnické reformy je v podstatě zmenšit tyto výdaje a zredukovat je jen na ty, které jsou opravdu nutné. V ČR dochází k nadměrnému využívání zdravotní péče, na jednoho obyvatele připadá 13 návštěv ročně, tzn. více než jedna návštěva měsíčně. Toto nemá dopad jen na finanční nerovnováhu systému, ale i na zhoršení poskytování zdravotní péče. Není to jen ve zbytečných návštěvách lékaře, ale jak jsem se už zmiňovala je zbytečné předepisování léků, které nejsou často vůbec spotřebovány, někdy zbytečné hospitalizace v nemocnicích.

**Obr. 2.4: počet návštěv lékaře na 1 obyvatele v některých zemích EU za rok 2007**



*Zdroj: Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008, MZdČR*

Na grafu vidíme, že Česko vede s přehledem v počtu návštěv u lékaře za jeden rok. Tady lze vidět přístup občanů ke zdravotnictví, berou to automaticky, platí si zdravotní pojistku, tak zdravotnictví využívají jakkoli a kdykoli nehledě na opravdovou nutnost. Chybí angažovanost, kdy by měl každý aspoň symbolický poplatek zaplatit. Nyní je těžko soudit, jestli se zavedení regulačních poplatků osvědčí nebo ne, ale myslím, že se zamezí zbytečným návštěvám u lékaře.

### 2.2.1 Regulační poplatky

Od 1.1.2008 u nás byly zavedeny regulační poplatky, které jsou součástí zdravotnické reformy. Nejsou reformou jako takovou, pouze by měly pomoci k zamezení zbytečného plýtvání. Měly by omezit zmiňované návštěvy lékaře na pouze potřebné a nutné, dále by měly omezit zbytečnému vydávání léků, které se v mnoha případech ani nespotřebují. Dále se poplatky týkají pohotovosti, která je také využívána spíše jako ambulantní péče než pomoc ve výjimečných případech. Poplatky se týkají také pobytu v nemocnici.

Poplatky se týkají pouze zdravotních výkonů, léků a pobytů v nemocnici, které jsou částečně anebo zcela hrazeny ze zdravotního pojištění. Nevztahují se na to, co si platí pacient sám nebo co zaplatí někdo jiný a to např. výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie ČR.

### 2.2.2 Poplatníci

Poplatky je povinen hradit pojištěnec, který je účasten veřejného zdravotního pojištění, nebo za něj jeho zákonný zástupce při poskytování zákonem stanovené zdravotní péče v případě, kdy se jedná o zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Také pacienti, kteří čerpají zdravotní péči na území České republiky, ačkoli jsou pojištěnci jiného členského státu EU nebo státu, se kterým je uzavřena dvoustranná smlouva. Při poskytování zdravotní péče je nutné jim zajistit rovnost nakládání, což znamená, že se k těmto osobám musí poskytovatelé zdravotní péče chovat stejně jako k jakémukoli českému pojištěnci. Nejedná se jen o turisty, ale i o občany s bydlištěm v ČR, často děti, jejichž rodič pracuje v zahraničí. A cizinci, kterým je poskytována zdravotní péče hrazená na základě resortní mezinárodní smlouvy ze státního rozpočtu (nikoli z veřejného zdravotního pojištění).

### 2.2.3 Limit

Je stanoven ochranný limit, který činí 5 tisíc korun ročně. Jeho hlavním úkolem je chránit chronicky nemocné před nadměrným vydáváním doplatků na léky a regulačních poplatků. Poplatky pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce hradí celý kalendářní rok, tedy i po dovršení limitu 5 000 Kč. Částka, která přesáhne tento limit, je tvořena jen poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu lékaře a za výdej léků a započítatelnými doplatky za léky, tzn. že se budou započítávat pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný lék s obsahem

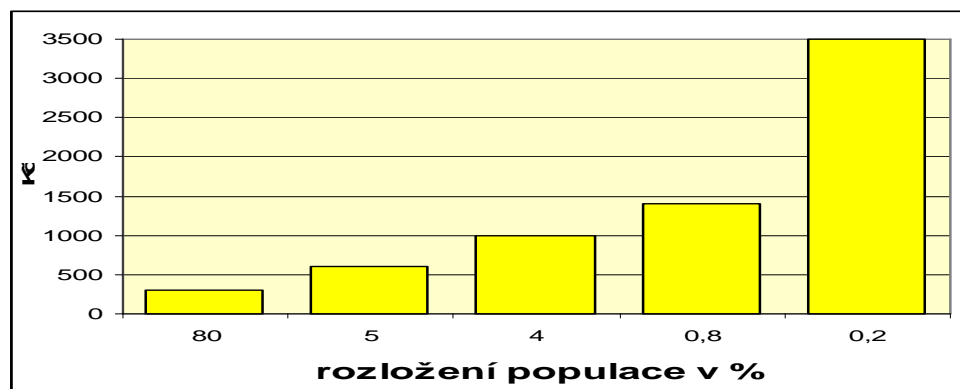
stejně léčivé látky a se stejnou cestou podání. Tedy pokud existuje u léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely plně hrazená alternativa, je započitatelný doplatek nula. Ale ne každá léčivá látka má plně hrazenou alternativu. Toto je pacientem hůře kontrolované, ale záleží jenom na něm, jestli se bude sám informovat, jestli právě ten jeho lék, je ten nejlevnější anebo si raději vyžádá ten dražší lék, s tím, že jemu bude důvěřovat více. Poradit by měl jak lékař ten lékárník.

Sledování a naplňování limitu v kalendářním roce má za úkol zdravotní pojišťovna. Ty pak mají jednou ročně povinnost na vyžádání klienta poskytnout výpis z jeho osobního účtu, kde budou uvedeny také všechny zaplacené poplatky a doplatky na léky, které se tohoto limitu započítávají. Některé pojišťovny chystají přístup k tomuto účtu přes internet.

Zdravotní pojišťovna je povinna vždy po skončení čtvrtletí do 60 kalendářních dnů vrátit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující tento limit. Částku, která v kalendářním čtvrtletí nepřesáhne 50 Kč, uhradí zdravotní pojišťovna do 60 kalendářních dnů po uplynutí posledního kalendářního čtvrtletí v kalendářním roce.

Tento limit je asi jediný zachytý bod, díky kterému jsou tyto regulační poplatky přijímány větší části české populace celkem vstřícně. Jelikož je náš systém zdravotnictví založen na solidárnosti našich spoluobčanů, tzn. většina z nás zaplatí více než si skutečně vybere zdravotní péče. Platíme péči našim spoluobčanům, kteří jsou opravdu chronicky nemocní. A tento limit je právě nastaven proto, aby tito lidé vůbec mohli zvládnout svoji finanční situaci a nepřepláceli obrovskými sumami. Podle odhadů pojišťoven dosáhne po zavedení poplatků na limit 5000 korun za rok až 150 tisíc lidí.

**Obr. 2.5: doplatky na léky z veřejného zdravotního pojištění a jejich rozložení mezi občany**



Zdroj: <http://www.healthreform.cz>, údaje jednotlivých zdravotních pojišťoven, společnosti Cegedim a analýza Reforma zdravotnictví – forum.cz

Na tomto grafu vidíme jaké je rozložení populace v doplatecích na léky. Většina lidí si na léky připlatí za rok méně než 500 Kč. Této skupině obyvatelstva je tento strop zbytečný, protože ho vůbec nevyužije, ale každý se může dostat do situace, kdy se ze zdravého člověka může stát těžce nemocným. Využití limitu se týká jen malé skupiny obyvatelstva, ale určitě ne zanedbatelné, více jak 3 500 Kč za léky utratí jen malé procento a to asi 0,2 %. Ale i tak to není zbytečné a těmto lidem většinou z nižších sociálních vrstev, protože nemoc jim nedovolí pracovat nebo důchodcům, umožní žít relativně normálně.

#### 2.2.4 Osvobození

Od všech těchto poplatků se osvobozují lidé, kteří jsou pojištěnci hmotné nouzi. Toto musí prokázat rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením, že má na tuto dávku nárok. Tento doklad vydávají pověřené obecní úřady obcí – odbory sociálních věcí a nesmí být starší než 30 dnů.

Pojištěnci umístění v dětských domovech anebo ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, občané, kterým soud nařídil ochrannou léčbu a občané, kteří se musí podřídit zvláštním opáčením z důvodu ochrany veřejného zdraví jako je léčení infekčního onemocnění, nařízení izolace ve zdravotnických zařízení nebo nařízených karanténních opatření k zajištění ochrany veřejného zdraví. Každý kdo je od poplatků osvobozen, musí tuto skutečnost doložit zdravotnickému zařízení, včetně lékární.

Největší diskuze a nevole k těmto poplatkům probíhá právě o tom, že osvobozeny by měly být ještě další skupiny lidí a to hlavně děti a důchodci především ti, kteří pobývají v domovech důchodců nebo jiných zařízeních.

#### 2.2.5 Poplatek za návštěvu u lékaře

Poplatek za návštěvu u lékaře činí 30 Kč a vybírá se za takovou návštěvu lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření lékařem. Neplatí se za preventivní prohlídku, laboratorní a diagnostická vyšetření a v některé další zvláštní léčebné úkony (a to dispenzární<sup>3</sup> péči, hemodialýzu nebo dárčovství krve). Preventivní prohlídky je důležité nechat bezplatné, protože by poplatky mohly odradit nejen lidi z nižších sociálních. Preventivní prohlídky jsou často zanedbávány a zpoplatněním těchto úkonů by byly

---

<sup>3</sup> Dispenzární péče je poskytována u více rizikových skupin jako jsou vážně nemocné děti nebo těhotné ženy. Znamená, že těmto skupinám musí být věnována větší pozornost než obvykle.

zanedbávány ještě více. Tyto prohlídky jsou nutné pro zjištění údajů nutných pro posouzení zdravotního stavu a zdravotních rizik pacientů.

Takže tento poplatek je vybírán u praktického lékaře, dětského lékaře, ženského lékaře, ambulantního specialisty, klinického psychologa, klinického logopeda a zubaře.

## 2.2.6 Poplatek za výdej léků

Pacient musí v lékárně uhradit léky předepsané od lékaře, ať už plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, za výdej každého takového léku se platí 30 Kč. Platí se ihned při převzetí léku pokud je, tak spolu s dopltkem na lék. Toto se týká i potravin pro zvláštní lékařské účely. Tento poplatek se vztahuje na vydání jednoho druhu léku, který na receptu představuje jednu položku. Na jednom receptu mohou být maximálně dvě položky tzn. dva druhy léku. A každá položka může mít různý počet balení. Na jeden recept, tak lze vybrat buď 30 nebo maximálně 60 Kč za regulační poplatek.

Lékař může pacientovi trpícímu chronickou nemocí a musí si často nechat předepisovat své léky, vystavit opakovaný recept. Pacient si tak nemusí chodit pořád znova pro recept k lékaři. Stačí, když lékař uvede údaje o počtu opakovaných výdejů. Každý výdej se musí v lékárně označit razítkem. Tento opakovaný recept se nevydává při předepisování léků, které obsahují omamné nebo psychotropní látky, efedrin, nebo pseudoefedrin. Za výdej na tento opakovaný recept se platí poplatek 30 Kč při každém jeho vyzvednutí v lékárně.

Za vydávání léku se neplatí předepsaných na recept se neplatí, pokud jsou nehrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo pokud lékař na receptu vyznačí, že tento lék hradí pacient. Dále se neplatí vydávání léků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis. Zdravotnické prostředky jako jsou různé pomůcky a vozíky do poplatků zahrnutý nejsou, tzn. že za vydávání zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz ani za vystavení tohoto poukazu se nehradí žádný regulační poplatek.

## 2.2.7 Poplatek za pohotovost

Za návštěvu pohotovostní služby se hradí poplatek ve výši 90 Kč. Týká se to ambulantní pohotovostní služby včetně pohotovostní služby poskytované zubními lékaři anebo pohotovostní služby, která je poskytována u pacienta doma. Dále ústavní

pohotovostní služby v sobotu, v neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 do 7.00 hodin. Poplatek se hradí pouze že nedojde k následnému přijetí pacienta do nemocnice.

### 2.2.8 Poplatek za pobyt v nemocnici

Za pobyt v nemocnici, v odborných léčebných ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných a na lůžku následné péče, nebo v lázních při komplexní lázeňské péči nebo v dětských odborných léčebnách nebo v ozdravovnách se platí poplatek 60 Kč za každý strávený den. Neplatí se pokud je pacient na propustce, tzn. není fyzicky přítomen, při poskytování jednodenní péče na lůžku a pokud je pacient ve stacionáři.

Největší vlnu nevolí vzbuzuje to, že novorozenec je z hlediska poplatků považován za dítě, jehož rodiče mají stejnou povinnost platit jako rodiče starších dětí. Má tedy povinnost zaplatit poplatek za den pobytu také za dítě, které je v inkubátoru. Dále se platí jak za dítě přijaté do nemocničního ošetření tak za jeho průvodce, tím je myšleno většinou rodiče, který s ním v nemocnici pobývá.

Jako jeden den pobytu v nemocnici se počítá den, ve kterém je pacient do nemocnice přijat a den, ve kterém bylo poskytování zdravotní péče v této nemocnici ukončeno.

### 2.2.9 Nemocenské

I když nemocenské pojištění nespadá pod zdravotní reformu a do výdajů zdravotnictví jako takových. Je řazeno spíše do sociální sféry, ale myslím, že se zdravotnictvím souvisí. Proto jsem ho zahrnula také do této části a chtěla bych se o něm aspoň okrajově zmínit. A to z důvodu zneužívání nemocenského a jeho novelizace od tohoto roku.

Cílem reformy nemocenské je oddělení skutečné nemoci od nemocí jen hraných, kdy tohoto využívají hlavně firmy se sezónními pracemi, což je v naší zemi poměrně rozšířené. A tak snížit vysokou pracovní neschopnost. Reforma systému nemocenského pojištění povede k větší odpovědnosti zaměstnanců a zaměstnavatelů za vývoj pracovní neschopnosti a ke snížení zneužívání systému nemocenského pojištění.

Z nemocenského pojištění zaměstnanců se poskytují čtyři dávky a to nemocenské, podpora při ošetřování člena rodiny, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a



mateřství, peněžité pomoc v mateřství. U osob samostatně výdělečně činných je to trochu jinak, poskytují se pouze dvě dávky a to nemocenská a peněžité pomoc v mateřství.

Ale účinnost nového zákona o nemocenském pojištění je odložena o další rok, tj. na 1.1.2009. A to kvůli nesouladu nastavení jednotlivých parametrů pro výpočet dávek a především snížení příspěvkové sazby pojistného by mělo negativní dopad do státního rozpočtu. Tento zákon by měl za následek každý rok nárůst deficitu víc než 4,3 mld. Kč.<sup>4</sup> Díky tomu, že by musel být tento systém dotován, byla účinnost na návrh ministra práce a sociálních věcí Petra Nečase odložena ještě o jeden rok.

Tzn. že pro tento rok nebudou zvýšeny redukční hranice a dál budou platit ve výši 550 Kč a 790 Kč. Nemocní dostanou méně peněz a první tři dny nemoci dokonce vůbec nic. A v roce 2009 budou platit 14 dní nemocenské zaměstnavatelé.

Nemocenská náleží zaměstnanci, který je lékařem uznán práce neschopným k výkonu svého současného zaměstnání. Vyměřovacím základem je u zaměstnanců započitatelný příjem podléhající odvodu pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti. Podpůrčí doba u nemocenského činí maximálně jeden rok.

Od 1. ledna roku 2009, kdy je plánováno zavedení náhrady mzdy, kterou by měl první dva týdny zaměstnanci hradit zaměstnavatel. Tímto opatřením budou zaměstnavatelé snižovat nemocnost různými motivačními opatřeními a zvýhodňováním zaměstnanců s nízkou mírou nemocnosti. Tímto krokem se doufá v úbytek nemocnosti zaměstnanců, kteří jsou na nemocenskou posláni zaměstnavatelem.

Nejdůležitější změnou od 1.1.2008 je možnost čerpání nemocenské až od 4. dne. Pro 4. až 30. kalendářní den pracovní neschopnosti výše nemocenského činí 60% (z bývalých 69%) denního vyměřovacího základu, 66% DVZ pro 31. až 60. kalendářní den pracovní neschopnosti a 72% DVZ od 61. kalendářního dne pracovní neschopnosti. Dále dochází ke zkrácení ochranné lhůty (tj. doby po skončení zaměstnaneckého poměru, ve které mohl zaměstnanec onemocnět a nemocenská se vypočítala z dosažených příjmů v bývalém zaměstnání) ze 42 dní na 7 dní.

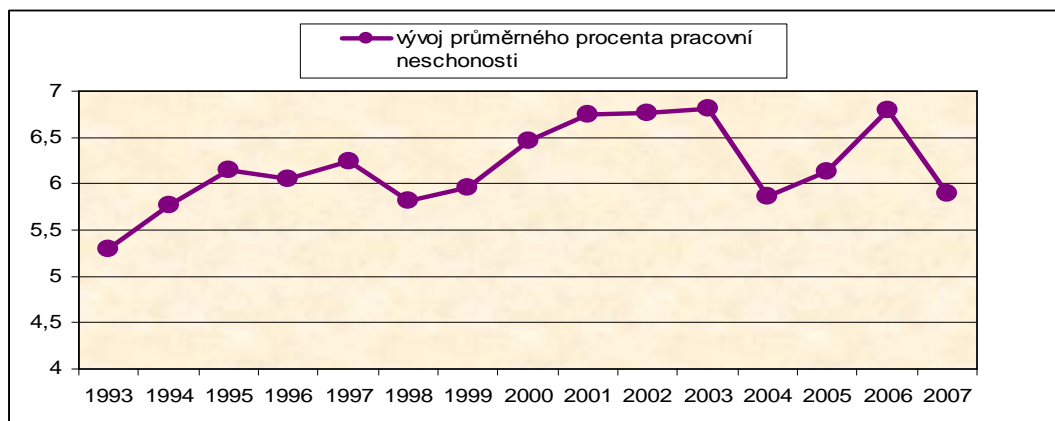
Uvedla bych příklad, kdy vyberu výši čisté mzdy 14 000 Kč, v tomto případě by bylo nemocenské za 14 dnů pracovní neschopnosti 2 739 Kč a za 30 dnů 6 723 Kč a 180 dnů 50 823 Kč. U mzdy 26 000 Kč by to bylo za 14 dnů 4 224 Kč, za 30 dnů 10 368 Kč a za 180 dnů 78 348 Kč. Úplně stejná výška nemocenského by byla u čisté mzdy 40 000 Kč.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> <http://www.mpsv.cz>

<sup>5</sup> Průvodce změnami sociálního systému od 1. 1. 2008

**Obr 2.6: vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti**



*zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Český statistický úřad, vlastní úprava*

Průměrné procento pracovní neschopnosti vyjadřuje, kolik osob ze 100 nemocensky pojištěných je v průměru v daném období uznáno práce neschopnými. Tzn. že v roce 2007 bylo na 100 osob 5,9 nemocných. V tomto roce lze vidět snížení, které je dáno snížením sazby nemocenského v prvních 3 dnech na 25%. Předpokládá se, že s reformou systému se bude snižovat průměrné procento pracovní neschopnosti i nadále.

### **2.3 Opoziční návrh**

Sociální demokracie připravuje vlastní návrh zdravotnických změn. Představí je jako konkurenci pro reformu ministra Tomáše Julínka. Autorem této konkurenční a opoziční reformy je David Rath bývalý ministr zdravotnictví. Hlavní změnou by bylo sloučit VZP a dvě menší pojišťovny a vytvořit z nich jednu veřejnoprávní pojišťovnu, a to vojenskou pojišťovnu a pojišťovnu ministerstva vnitra. Tato by zůstala veřejnoprávní institucí, v jejím vedení dostanou vedle zástupců státu významnější slovo zaměstnavatelé a odboráři. Ostatní pojišťovny by byly soukromé. Pojistné by se platilo této veřejnoprávní pojišťovně a ta by platila všem občanům. Hlavním důvodem tohoto plánu je zabránit tomu, aby byly zprivatizovány zdravotní pojišťovny a občané by tak platili soukromým firmám. A právě toto ČSSD považuje na Julínkově plánu za nejhorší. Soukromé pojišťovny tak budou moci vyvádět ze systému nemalé finanční sumy jako svůj zisk.

Mělo by se omezit množství zdravotní péče, která by se platila z pojistného. V tomto bodě se shoduje s Julínkovou reformou. Pokud by si někdo chtěl připlatit větší spoluúčast, měl by možnost připojistit se právě u těch soukromých zdravotních pojišťoven. Zatím přesně neví, za co by se mělo doplácet a vyškrtnout tak z plného hrazení z veřejného pojistného. I nadále by se mělo platit všechno to, co souvisí se záchranou

lidského života, zachováním života či ochranou veřejného zdraví. Ostatní výkony mohou být hrazeny částečně nebo vůbec.

Dále se počítá, že by zůstaly poplatky za pobyt v nemocnici a ostatní by se zrušily. Zůstal by i zachován ochranný limit, který by opravdu mohl pomoci chronicky nemocným.

David Rath podporuje i zavedení elektronických zdravotních knížek, které byly navrhované ministryní Miladou Emmerovou. Lékař nebo nemocnice by tak mohli z účtu pacienta okamžitě inkasovat peníze za své služby. Pojišťovna by příslušný obnos na účtu pacienta doplnila, až by lékaři službu vykázali.

A dalším plánem je vytvořit síť stovky veřejných neziskových nemocnic. Do této kategorie by byly převedeny všechny státní ústavy a zároveň by stát tlačil kraje, aby za neziskové prohlásily i své nemocnice. Pokud by v některém regionu nezisková nemocnice chyběla, stát ji postaví. Přesto umožní léčit i v soukromých nemocnicích.

Rath doporučuje pokračovat v projektu, podle kterého by se průběžně hodnotily a zveřejňovaly výsledky zdravotní péče v nemocnicích.

## **2.4 Kritika a problémy zavedení regulačních poplatků**

### **2.4.1 Kritika ze strany opozice**

Hlavní kritikou a zároveň požadavkem při zavedení regulačních poplatků je, aby lidé pod určitým sociálním statutem nemuseli poplatky platit. Politické strany se kvůli regulačním poplatkům dokonce hodlají soudit, protože Rath označil poplatky za protiústavní a požaduje jejich zrušení.

Hned v prvním dnech, kdy se začaly poplatky vybírat, vyzvala občany skupina 58 osobností, aby poplatky na protest proti novému systému neplatili. Ale proti tomu však varoval ministr Julínek, s argumentem, že zákony se musí dodržovat, kdo nezaplatí stává se dlužníkem a bude s ním vedeno soudní řízení popřípadě hrozí exekuce.

Dále Rath kritizuje, že jsou zvýhodňováni stomatologové, protože pokud je pacient ošetřen u jiného stomatologa než je registrovaný zaplatí 90 Kč namísto 30 Kč. Namítá, že to samé by měli chtít i praktičtí lékaři, pediatři a gynekologové. Dalším bodem kritiky je, že v metodických pokynech o poplatcích, kde jeho zaplacení sám váže jen na provedení celkového vyšetření. Pacient musí zaplatit předem, ale jestli byl pacient celkově vyšetřen pozná až po vyšetření.

## 2.4.2 Přístup obyvatelstva

Lednový průzkum agentury STEM ukázal, že o nutnosti reformy zdravotnictví je přesvědčeno 77 % lidí a úsporná opatření považuje za nezbytná 66 % obyvatel. Jen necelá čtvrtina dotázaných si myslí, že reforma zlepší úroveň a kvalitu zdravotní péče, 37 % je přesvědčeno o opaku a dvě pětiny lidí si myslí, že reforma se na stavu a úrovni zdravotní péče neprojeví. Jen necelá čtvrtina lidí ale věří, že reforma pozvedne během několika let úroveň a kvalitu zdravotní péče.

V názorech na nutnost reformy se příliš neliší lidé podle věku a vzdělání, výrazné nejsou ani rozdíly podle stranických sympatií. Zdrženlivost k úsporným opatřením projevují jen ti, jichž se mohou nejvíce dotknout - senioři a osoby se zhoršeným zdravotním stavem, v politické rovině pak stoupenci KSČM.

## 2.4.3 Problémy ze strany pacientů

Největším úskalím je, že se musí platit i za děti a tak matky s dětmi zaplatí na regulačních poplatcích nejvíce, za dítě se platí už od porodu za pobyt v nemocnici. Matky s dětmi chodí častěji k lékaři jak kvůli dětem tak kvůli sobě. Její logický strach o dítě je přivádí do ordinací dětských lékařů daleko častěji než matky s dětmi staršími nebo dospělého.

Naopak pomoci by měl právě chronicky nemocným důchodcům, který bere léky kvůli několika různým nemocím, několik dní v roce stráví v nemocnici, ale díky limitu by měl něco ušetřit. Ale důchodce bez častějších vážnějších nemocí si pohorší až o 1500 Kč ročně. Průměrný občan si pohorší také, Navštíví doktora třináctkrát za rok i s preventivními prohlídkami, občas má virózu, užívá běžné léky, například na vysoký krevní tlak, pohotovost navštíví jednou ročně, pár dní stráví v nemocnici, a to o několik stovek korun.

Někteří chronicky nemocní, kteří jsou několikrát ročně hospitalizováni v nemocnicích a například jezdí do lázní, budou tedy za náklady související se zdravotní péčí doplácet i více než 7000 ročně. Přitom dnes dopláceli třeba jen dva až tři tisíce za doplatky za léky. Mluvčí ministerstva zdravotnictví Cikrt upozorňuje, že vyšší náklady v souvislosti se zdravím jsou v reformě vyváženy daňovými slevami, které byly letos uvedeny uzákoněny jako součást daňové reformy.

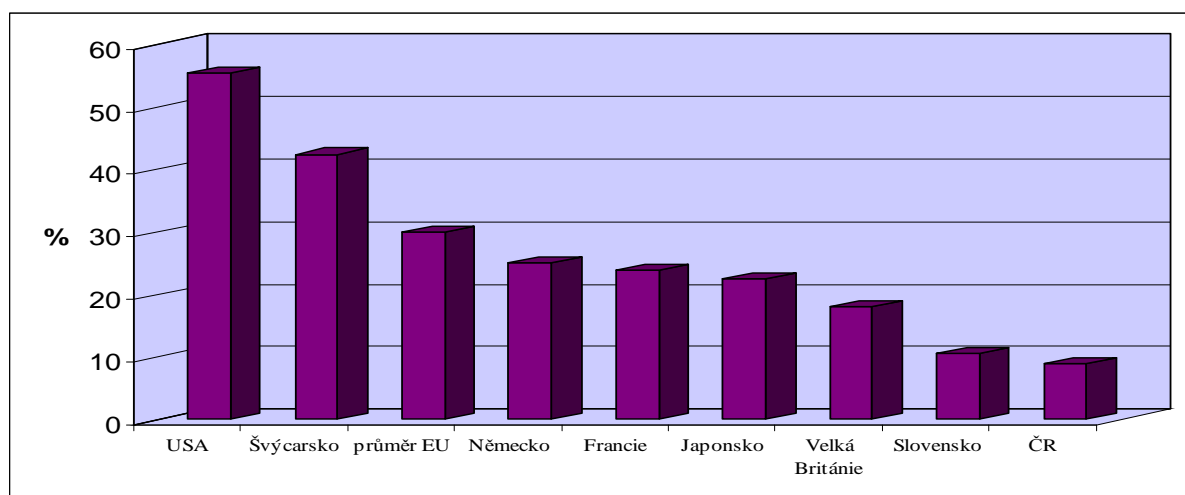
## 3 Komparace amerického systému zdravotnictví

### 3.1 Americké zdravotnictví

Zdravotní pojištění ve Spojených státech funguje čistě na komerčním základě a je dobrovolné. Od evropského systému se liší tím, že pojištění poskytují zdravotní pojišťovny, kterým lidé platí pojistné, ze mzdy se nestrhává žádné povinné zdravotní pojištění. Zdravotní péče ve Spojených státech amerických je poskytována mnoha různými právníky osobami. Na zdravotní péči vydává více peněz než jakákoliv jiná země na světě, je to kolem 16% HDP a počítá se, že do roku 2017 by měl tento podíl stoupnout na téměř 20% HDP. Jde zkrátka o komerční pojištění nabízené na neregulovaném trhu.

Systém zdravotnictví je v USA ze všech států nejliberálnější, má ze všech systému nejnižší stupeň centrálních regulací a nejvíce se v něm uplatňují pravidla trhu vyjádřená například vysokou mírou konkurence zdravotních pojišťoven, ale i konkurence zdravotnických zařízení. Občané nemusí být pojištěni a jsou zatíženi nejvyšší spoluúčastí ze srovnatelných zemí, která dosahuje 55%.

**Obr. 3.1: spoluúčast občanů USA a vybraných zemí na financování zdravotnictví**



zdroj: <http://www.dfens-cz.com>

Na obr. 3.1 je vidět, jak obrovský je podíl soukromých plateb občanů USA na zdravotnictví, tvoří až dvojnásobek států EU. Zatímco účast občanů ČR byla jen 9% před zavedením regulačních poplatků, ale ani po zavedení těchto poplatků se tato účast o nijak zvlášť nezvětší. Je vidět že tato účast patří k nejmenší nejen v EU.

### 3.1.1 Pojištění

USA nemá univerzální systém zdravotní péče, existují 3 typy pojištění. 60% amerických obyvatel má zdravotní pojištění zařízené přes jejich zaměstnavatele, kolem 9% obyvatel si zdravotní pojištění zařídili sami a kolem 27% mají pojištění přes určité vládní programy, které poskytují zdravotní péči. Tyto čísla se mohou překrývat, protože se dá připojistit i jiným typem pojištění než jaké je původně sjednané. Tzn. že každý občan může mít sjednaných tolik pojištění kolik chce. U každého pojištění existuje spousta různých typů pojištění (produktů) a každá kryje něco jiného.

Pojištění má sjednané něco kolem 85% obyvatel USA, tzn. že 47 mil. Američanů je bez zdravotního pojištění a za ošetření si platí sami. V roce 2004 bylo přes soukromé pojištění zapláceno 36% všech zdravotních výdajů, v hotovosti bylo provedeno 15%, zatímco stát a samospráva zaplatili 44%.

#### **Federální programy**

Tato veřejně financována zdravotní péče zabezpečuje hlavně určité skupiny lidí a to starší, děti, veterány a sociálně slabé. Dále tyto programy zajišťují veřejný přístup k pohotovostní službě, která musí být přístupná všem bez ohledu na jejich platební schopnost, toto je od roku 1986 dáno federálním zákonem, náklady za tato ošetření platí samy nemocnice, respektive pojištění pacienti. Problémem pohotovosti je její velká přetíženost, protože je využívána pacienty, kteří si nehradí žádné pojištění. Pacienti obvykle chodí na pohotovost až je jejich zdravotní stav velmi vážný, potom léčba pochopitelně stojí mnohem víc, než kdyby se choroba podchytila v raném stadiu.

Přes tyto vládní programy jde na zdravotní péči kolem 45% všech výdajů, to dělá vládu největším zdravotním pojišťovatelem v USA. Největší vládní programy jsou Medicare pro důchodce a Medicaid pro chudé, menší jsou program pro chudé děti (SCHIP) a program pro veterány.

Federální program Medicare byl spuštěn v roce 1965 pro občany starší 65 let, kteří ovšem předtím museli odpracovat nejméně 10 let v zaměstnání a každý občan v invalidním důchodu. V roce 2006 využívalo tento program 40,3 mil. občanů USA. Ale většina z této skupiny lidí si ještě platí připojištění, protože Medicare nehradí úplně vše.

Medicaid je program pro chudé, mají na něj nárok lidé s nízkým příjmem, většinou do životního minima. Tento program není plně federální, polovinou je placen

z rozpočtů federálních jednotlivých států USA. Pro jednotlivé státy to není povinné, ale účastní se ho všechny. V roce 2006 byla Medicaid poskytnuta 38,3 mil. lidí.

V roce 1997 vytvořila federální vláda další program, který je spolufinancován i jednotlivými státy. Jde o pojištění pro děti z rodin, které na jedné straně vydělávají příliš moc na to, aby se kvalifikovaly pro Medicaid, ale na druhé straně příliš málo na to, aby si mohly zdravotní pojištění koupit samy. Program nese název SCHIP (State Children's Health Insurance Program) a v loňském roce jej využilo 6,6 milionu dětí.

Čtvrtou skupinou, která může těžit z vládních programů, jsou váleční veteráni, jejich rodiny a pozůstalí. Těm jsou k dispozici zdravotní zařízení pro veterány.

Odpůrci rozšiřování vládních programů tvrdí, že vládou uměle stlačené úhrady z těchto programů musí kliniky promítnout do vyšších částek účtovaných jiným pacientům, tzn. lidem, kterým nehradí náklady na zdraví stát či federace, tak za stejné úkony platí více.

Přesto v USA zůstávají stále miliony lidí bez zdravotní pojistky. Studie Kaiser Family Foundation<sup>6</sup> odhaduje, že zhruba 25 % nepojištěných, tedy asi 11 mil. Američanů, má nárok na některý z uvedených vládních programů. Z nějakého důvodu jich ale nevyužívá.

Velké procento nepojištěných ale tvoří ti, kteří si pojištění nemohou dovolit. Zaměstnavatel jim pojištění neposkytuje, rodina přitom vydělává příliš mnoho na to, aby získala Medicaid, a příliš málo na to, aby si koupila pojistku sama. (V průměru podle statistik zaplatí čtyřčlenná americká rodina za zdravotní pojištění 1 000 dolarů měsíčně.)

Pak také existuje skupina lidí, která tvrdí, že pojištění nepotřebuje, a platit si jej nechce. Jiní by si naopak pojištění platit chtěli, ale nikdo je vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nechce pojistit. Jen pět států vyžaduje, aby pojišťovny přijaly každého. Nebo jim, opět vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, vyčíslí tak vysoké pojistné, že si jej stejně nemohou dovolit. Výjimkou je stát Vermont, kde pojišťovny musejí pojistit každého za stejnou cenu. V ostatních padesáti státech může mít takový člověk či rodina se sjednáním dobrého pojištění značné problémy.

---

<sup>6</sup> Je to společnost, která se zabývá nezávislou a nestrannou analýzou amerického zdravotnictví, informuje společnost o stavu zdravotnictví a možnostech využití různých služeb ve zdravotní péči a zdravotním pojištění. Nepatří pod žádnou vládní ani jinou organizaci, která by mohla ovlivnit toto hodnocení.

## Pojištění placené zaměstnavatelem

Za svoje zaměstnance sjednávají zdravotní pojištění u komerčních pojišťoven firmy. Přes zaměstnavatele má pojištění kolem 60% pojištěných Američanů. Zaměstnavatelé zdravotní pojištění zaměstnancům ve většině států nabídnout nemusí, je považováno spíše za určitou zaměstnaneckou výhodu, ale pokud se pro to rozhodnou, nesmí ho odepřít žádnému zaměstnanci. A ani pojišťovna nemůže podle federálního zákona nikoho z firemního skupinového zdravotního pojištění vyloučit. Skupinové pojištění umožňuje rozložit rizika mezi všechny jeho příjemce, tj. podobný princip jako u nás, zdravotní systém funguje na principu solidarity, ti zdravější přispívají nemocným. Proto je v USA všeobecně doporučováno, pokud existuje možnost mít pojištění sjednané přes zaměstnavatele, rozhodně si ho takto zařídit.

Téměř všechny podniky s více než 200 pracovníky pojištění svým zaměstnancům nabízejí. Menší firmy tuto výhodu poskytují jen některé. To je dáno tím, že s menším počtem lidí ve skupině, roste pro pojišťovny riziko, takže zaměstnavateli nabídnout dražší produkt, které menší firmy pochopitelně s menšími zisky nejsou schopné nebo nechtějí hradit. Zaměstnavatelům, tak buď nabídnou pojištění, které kryje jen určitou nákladů na lékařskou péči nebo raději nenabídnou vůbec nic.

Podle studie společnosti Kaiser Family Foundation zaměstnavatelé platí ze své zaměstnance v průměru 4,6 – 8,7 procenta celkových mzdových nákladů. Zaměstnanci mohou ve většině států přihlásit do firemního skupinového pojištění také manžela a děti. Tento fakt je důležitý hlavně pro rodiny s dětmi, protože USA za děti pojištění neplatí, pouze přes programy pro chudé. Toto skupinové pojištění také často hradí náklady spojené s mateřstvím, které individuální pojištění nehradí vůbec.

I toto pojištění však nese různé nevýhody a to je hlavně rizika ztráty zaměstnání, kdy zaměstnavatel poskytuje pojištění celé rodině a tato rodina zůstane úplně bez pojištění. Dalším problémem je, že i pokud je živitel rodiny nespokojený se svým zaměstnáním nebo by chtěl začít podnikat, bojí se z tohoto zaměstnání odejít, protože opět by to znamenalo ztrátu zdravotního pojištění pro celou rodinu. Tuto nevýhodu částečně řeší federální zákon COBRA, který se vztahuje na všechny podniky s více než 20 zaměstnanci, které poskytují zdravotní pojištění. Zákon umožňuje zaměstnancům, kteří z práce odejdou či budou propuštěni, po dobu dalších 18 měsíců využívat zaměstnavatelova pojištění. To se ale netýká těch zaměstnanců, kteří byli propuštěni za nějaký pracovní prohřešek. Pojistné pro takového pracovníka je ale dražší, část mu totiž už



nehradí firma. Zákon COBRA platí také, pokud dojde k úmrtí manžela, který je zaměstnancem sjednávajícím pojistku přes skupinové pojištění.

Od roku 2001 pojistné pro rodinu sjednané přes zaměstnavatele vzrostlo o 78%, zatímco inflace vzrostla o 17% a mzdy se zvýšily o 19%.

## **Individuální pojištění**

Individuální pojištění má asi 9% pojištěných. Občané, kteří si chtějí sjednat pojištění sami, se mohou setkat s odmítnutím nebo jim pojišťovny vyjmout z pojištění potíže, kterými trpí v době sjednávání pojistky. Tzn. pokud přijde pacient s tím, že má např. rakovinu, pojišťovna mu neuhradí takovou péči, která je spojená s léčbou. Individuální pojištění nesmí pojišťovny odepřít jen ve státech New York, New Jersey, Massachusetts, Maine a Vermont. V ostatních státech USA nemají individuální pojištěnci přístup k pojištění zaručen.

Pokud se občan rozhodne pojistit se sám, cena tohoto pojištění se liší podle toho jaký je jeho zdravotní stav, jaké má genetické předpoklady k nemoci, jestli kouří, trpí obezitou apod., má na výběr z velkého množství produktů, které jsou nabízené jednotlivými pojišťovnami a neliší se jen v závislosti na pojišťovně, ale také na státu dokonce i regionu. Ale ani od toho nejdražšího produktu, kdy je např. měsíční pojistka pro tříčlennou zdravou rodinu 601 dolarů, ale nelze očekávat, že uhradí úplně všechno.

Tato pojistka zahrnuje:

- Levné roční preventivní prohlídky u lékařů primární péče (praktický lékař, gynekolog apod.) a další běžné návštěvy u těchto lékařů, za ty pojištěný zaplatí na místě 25 dolarů, zbytek platí pojišťovna.
- Drahé, na americké poměry, nejsou ani léky. Za zásobu jednoho léku na jeden měsíc pojištěný připlatí 15 až 40 dolarů.
- Za všechny další kryté náklady na zdravotní péči (např. ošetření na pohotovosti, zákrok u specialisty apod.) pojištěný zaplatí 20% účtované ceny. Toto pravidlo ovšem nastupuje až v okamžiku, kdy rodina dohromady utratí za péči a léky tři tisíce dolarů. Do té doby pojistka v podstatě platí jen nejběžnější prohlídky a přispívá na léky.
- Pojištění nekryje mentální problémy, mateřství či zubní a oční ošetření.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Simona Ely Plischke: Zdravotnictví USA: drahé pojištění, které zdaleka nehradí všechno,

<http://www.penize.cz>

## 3.2 Komparace

### 3.2.1 Typy zdravotních systémů

V podstatě na světě existují dva typy zdravotních systémů. A to systém tržní (for-profit) a na principu solidárním (welfare). Systém welfare jde rozdělit na Bismarkův a Beveridgův a socialistický, který je úplným opakem systému tržního. Rozdíl mezi Bismarkovým a Beveridgovým je v tom, že u toho prvního probíhá financování prostřednictvím povinného pojištění, u Beveridgova modelu je zdravotní péče zajištěná státem a hrazená převážně z daní, zajišťuje ji Národní zdravotnická služba, vlastník většiny zdravotnických zařízení je veřejný, přímo je hrazeno 10- 15% zdravotnických služeb. Úloha státu je přímá a role profesionálních organizací je slabší než u Bismarkova modelu. Národní zdravotní služba plní také roli stabilizujícího prvku národní ekonomiky, je největším zaměstnavatelem. Beveridgův systém je označován za výhodnější v tom, že existuje pluralita ambulantních poskytovatelů, vysoká kvalita péče, na straně nevýhod je vysoká cena péče, velké administrativní náklady a hlavně složitost vztahu pacient – poskytovatel – plátce. Bismarkův systém funguje v Německu, Rakousku, Francii, Holandsku, ČR, SR, Belgii a Beveridgův model je ve Velké Británii, která je hlavním představitelem tohoto systému, v Dánsku a Kanadě. Socialistický systém funguje v totalitních státech jako je Kuba.

„V solidárním systému existuje regulace cen zdravotnických služeb, existuje povinnost platit zdravotní pojištění, jehož výše se řídí většinou výší příjmu. Na zdravotnické služby je právní nárok a zdravotnické zařízení nesmí takovou službu pacientovi odmítnout. Tento systém představuje pro lidi jistotu, že budou ošetřeni za jakýchkoli okolností ošetřeni, ale na druhé straně má jen malou šanci, jak individuálně ovlivnit kvalitu poskytovaných služeb. Systém je regulován autoritou tak, aby se uspokojovala poptávka po zdravotnických službách, kterou tato autorita považuje za potřebnou, přičemž samotná autorita podléhá demokratickým principům a dá se tudíž změnit volbou, což by mělo zajistit, aby regulátor zdravotnických služeb jednal v zájmu lidí, kteří si ho platí.“<sup>8</sup> Díky této regulaci je systém levnější, protože odpadá tržní tlak na zvyšování ceny. Hlavní nevýhodou solidárního zdravotního systému je nadužívání zdravotní péče, dále ekonomická nestabilita systému a korupce.

---

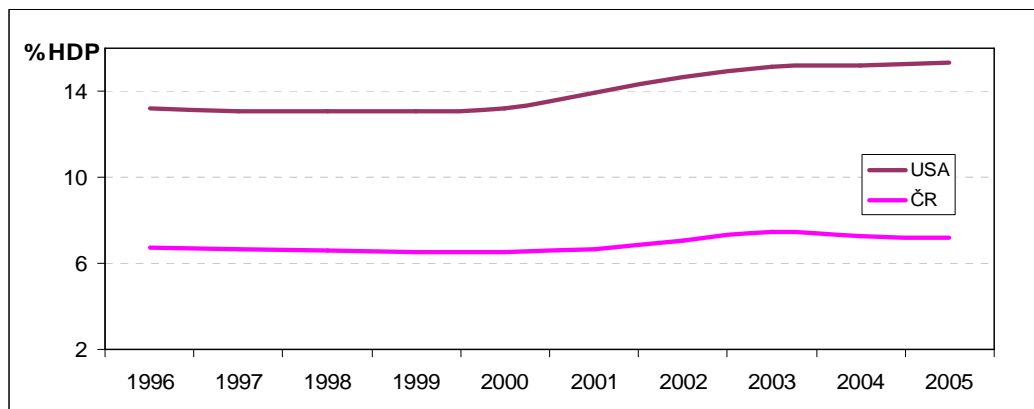
<sup>8</sup> Challenger: Nemocné zdravotnictví I, <http://www.dfens-cz.com>

Tržní je charakteristický tím, že spotřebu zdravotnických služeb řídí volný trh, kde vládne tvorba cen. Úplně čistý neexistuje nikde na světě, ale nejvíce se mu přibližuje USA a v Evropě ve Švýcarsku. Zdravotnické zařízení si samo vybere určité spektrum služeb, které bude poskytovat a pacient ke konzumaci těchto služeb přistupuje jako platící zákazník, který si svoje služby zaplatí sám nebo za něj tyto služby zaplatí pojišťovna, u které si platí komerční pojištění. Výše pojištění se odvíjí od individuálního zdravotnického rizika pacienta. Tržní systém je už z principu finančně stabilní, jelikož bez toho, aniž by člověk za službu zaplatil, nebude služba poskytnuta. Tržní systém je také svobodný, umožňuje chránit si zdraví podle individuálních potřeb. Má ale i spoustu nevýhod, hlavní nevýhodou je jeho cena.

### 3.2.2 Srovnání výdajů k HDP

Nejjednodušším způsobem, jak měřit sílu nebo výkonnost určitého odvětví je pomocí objemu financí, který se do odvětví investuje. Proto tak nejprve porovnám i zdravotnictví v poměru peněz k HDP, které jsou na zdravotnictví vydávány.

**Obr. 3.2: celkové výdaje na zdravotnictví USA a ČR v procentech k HDP 1996 - 2005**



*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

Výdaje na zdravotnictví v USA mají rostoucí charakter, do roku 2000 výdaje stagnovaly na částce kolem 13% HDP, ale od roku 2000 do roku 2003 mají prudší růst, po 2003 se růst mírně zpomaluje. Ale američtí ekonomové předpokládají, že výdaje do roku 2017 můžou dosáhnout až 20% HDP.

V ČR je situace trochu jiná, výdaje na zdravotnictví mají spíše konstantní úroveň, v letech 2002 a 2003 došlo k mírnému růstu, ale poté je stav zase konstantní. K mírnému růstu dojde tento rok, díky zavedení regulačních poplatků, ty však nejsou nijak

velké, proto se nepředpokládá, že růst výdajů na zdravotnictví by byl nějak markantní, měl by být o něco větší než 10% HDP.

Na obr. 3.2 vidíme, že výdaje na zdravotnictví USA jsou téměř dvakrát větší v podílu na HDP, což je obrovská částka. HDP Spojených států amerických za rok 2006 činí 13 152,71 mld.USD a 15% z této částky, což je výdaj na zdravotnictví, je 1 972 906,5 mil. USD a pokud to přepočítáme na 1 obyvatele, znamená to, že na zdravotnictví se vydá ročně 6 500 USD na hlavu.

V ČR se vydá průměrně na zdravotnictví ročně částka 23 100 Kč na hlavu, kdy HDP ČR činí 3231,6 mld. Kč a z toho výdaj na zdravotnictví 7,4% je 239,1384 mld. Kč.

Pokud to přepočítám v paritě kupní síly<sup>9</sup>, kdy je směnný kurz vyjádřen takto:

$$E_{CZK/USD} = P_{CZK} / P_{USD},$$

kde  $P_{CZK}$  je cena koše zboží a služeb prodávaného v ČR v českých korunách,  $P_{USD}$  je cena koše zboží a služeb prodávaného v USA v amerických dolarech, potom

$$P_{CZK}/P_{USD} = 14,19_{CZK/USD}^{10},$$

tzn. že výdaje na zdravotnictví v ČR jsou 1 628 USD. Zde je vidět markantní rozdíl, výdaje na zdravotnictví k HDP na hlavu je 6 500 USD. Takže pokud budeme měřit výkonnost zdravotnictví penězi, které se do něj investují s velkým náskokem vede zdravotní systém USA, kde je na zdravotnictví na hlavu věnováno čtyřikrát víc než v ČR.

K dalším finančním parametrům bych přidala výdaje na administrativu, které tvoří určitou část výdajů na zdravotnictví. V ČR jsou tyto výdaje ustanoveny zákonem na hranici 3%, kdežto v USA se tyto administrativní náklady pohybují od 20% a můžou dosáhnout i 30%, je to více než 2 000 USD na osobu.

## Vládní a soukromé výdaje do zdravotnictví

Dalším měřítkem v oblasti financí je, kolik peněz na zdravotnictví vydá soukromí a kolik vládní sektor. Lze jen těžko posoudit, jestli je lepší, že do zdravotnictví

---

<sup>9</sup>Pro účely mezinárodního srovnání mezi státy musí být údaje o výši HDP a jeho složek oproštěny od rozdílů v cenách, v měnách a ve směnných kurzech. To představuje zvláštní formu problému vyloučení cenových změn v čase při výpočtu HDP (stálé ceny) v každém státě. Přepočet HDP jednotlivých států nelze provádět pomocí devizových kurzů, neboť ony nevyjadřují kupní sílu měnových jednotek.

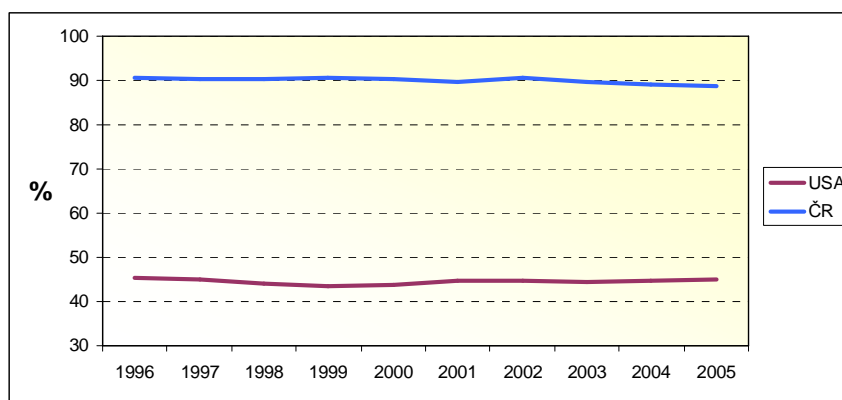
<sup>10</sup> <http://www.oecd.org> , je to směnný kurz pro rok 2006

více investují soukromé subjekty nebo stát. Samozřejmě pokud zdravotnictví financují soukromé osoby mohou si dovolit uvolnit více peněz v závislosti na svých příjmech. Takže ti, co vydělávají více, nemají problém si zaplatit lepší péči, ale chudí často nemají ani na základní péči.

Zatímco stát platí všem stejně bez ohledu na to, kolik do systému vložil a je jasné, že kdo má víc, tam vloží více peněz a to není zohledněno při péči, která je následně poskytována, každý má nárok na stejnou péči.

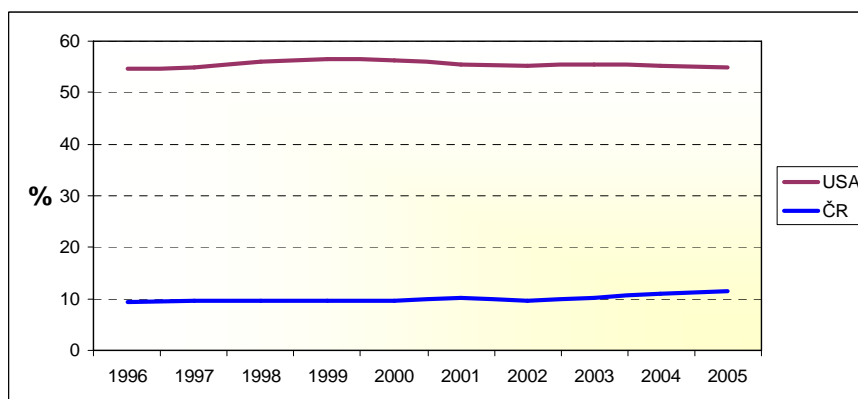
Každý systém je tedy vhodný pro někoho jiného, ten, v kterém převažují soukromé výdaje, spíše pro lidi s vyššími příjmy a ten s vyššími vládními výdaji zase pro lidi s menšími příjmy. Proto je těžké rozhodnout, který systém je lepší, dalo by se to udělat tak, že zjistíme poměr obyvatel s vyššími a nižšími příjmy.

**Obr. 3.3: podíl vládních výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví 1996 – 2005 ČR a USA**



*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

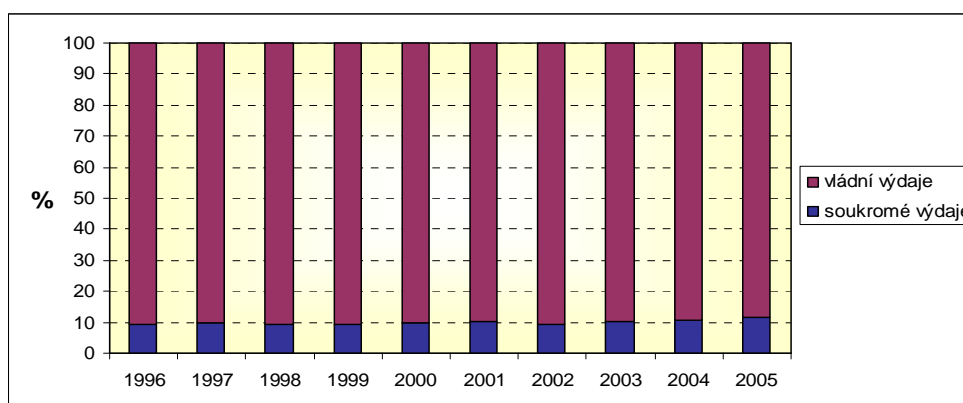
**Obr. 3.4: podíl soukromých výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví 1996–2005 ČR a USA**



*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

Na obr. 3.3 a 3.4 lze vidět přesný opak, kdy v USA je většina výdajů tvořena soukromými osobami a v ČR zase většinu tvoří vládní výdaje. Takže by to znamenalo, že systém v ČR je bližší lidem s nižšími příjmy a americký zase s vyššími, i když ani ten americký nefunguje jen na soukromých výdajích, vládní tvoří 45% všech výdajů, což je celkem zajímavé. Ani nejvíce privatizovaný zdravotní systém se neobejde bez zásahu státu, který musí koordinovat již zmiňované federální systémy, které poskytují pojištění slabším sociálním skupinám obyvatel a dále zabezpečují funkci bezplatných pohotovostí.

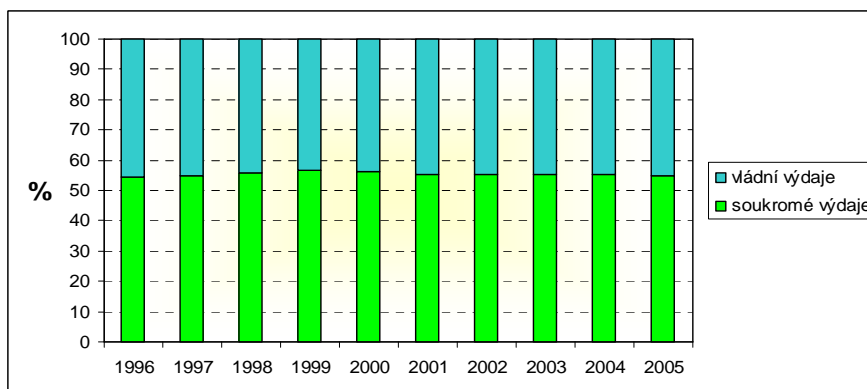
**Obr. 3.5: poměr vládních a soukromých výdajů na zdravotnictví v ČR 1996 - 2005**



*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

Na těchto dvou obr. 3.5 a 3.6 je názorně vidět jaký je rozdíl mezi vládními a soukromými výdaji těchto dvou zemí. ČR tvoří vládní výdaje většinu všech výdajů do zdravotnictví, v USA je podíl na výdajích, dá se říci poloviční, převažují výdaje soukromé.

**Obr. 3.6: poměr vládních a soukromých výdajů na zdravotnictví v USA 1996 - 2005**



*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

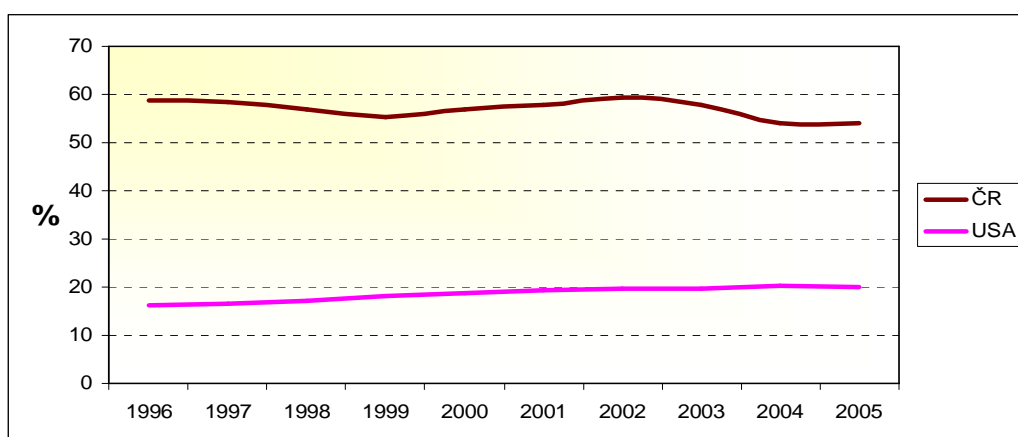
Pokud přepočítáme soukromé výdaje paritou kupní síly, můžeme porovnat o kolik více na zdravotnictví vydávají občané USA. Použijeme opět směnný kurz vyjádřený paritou kupní síly  $E_{CZK/USD} = 14,19_{CZK/USD}$ , výdaje na zdravotnictví v USA jsou 1 972 906,5 mil. USD, a z toho soukromé výdaje jsou 1 085 100 mil. USD, každý občan vydá na zdravotnictví 3 576 USD. V ČR je výdaj na zdravotnictví 239,1384 mld. Kč, z toho soukromých je 27,2618 mld. Kč a na osobu to dělá 2 634 Kč. V paritě kupní síly v průměru každý občan vydá na zdravotnictví 185,63 USD. Což je oproti průměrným výdajům amerických občanů docela zanedbatelná částka.

Díky zavedení regulačních poplatků by měly soukromé výdaje vzrůst v průměru o necelých 500 Kč to činí v paritě kupní síly na 220 USD. Takže ani zavedení poplatků ČR zdaleka nepřiblíží obrovským sumám, které na zdravotnictví vydávají občané USA.

## Výdaje na léčiva

Významným výdajem ve zdravotnictví tvoří léčiva. Některé léky jsou hrazeny plně pacientem, některé se spoluúčastí pacienta a jiné jsou hrazeny pojišťovnou. U nás tvoří většinu soukromých výdajů právě výdaje na léky a jiné zdravotnické prostředky, jak je vidět na obr. 3.7.

**Graf 3.7: soukromé výdaje na léčiva v procentech k celkovým soukromým výdajům na zdravotnictví v ČR a USA 1996 - 2005**



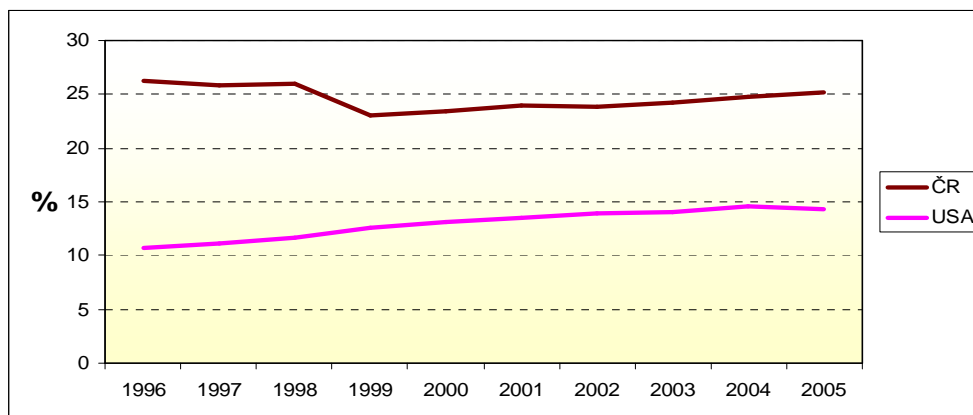
*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

V USA tyto výdaje tvoří něco kolem 20% soukromých výdajů, u nás do 60% soukromých výdajů. Tady je vidět markantní rozdíl, kam jsou soukromé peníze vydávány, v USA jdou spíše na zaplacení zdravotní péče a u nás na doplatek u léčiv.

Pokud se podíváme na celkové výdaje na léčiva i tady lze vidět, že v ČR tvoří velkou část všech výdajů až čtvrtinu celkových výdajů na zdravotnictví. V USA jde na léčiva do 15% všech výdajů, jak je vidět na obr. 3.8. Zdá se, že tady by mohla mít ČR výhodu, pokud budeme brát čím více peněz investovaných tím lépe. Tento rozdíl dělá právě to, že v USA je většina výdajů věnována na zdravotní péči, u nás se jedná spíše o plýtvání a nedokonalou manipulaci s léčivy, tyto peníze by mohly být stejně jako v USA použity na zdravotní péči a zavádění nových technologií.

Pokud to opět přepočítáme na jednoho obyvatele paritou kupní síly můžeme posoudit, jaký je opravdový rozdíl ve výdajích na léčiva. Průměrný výdaj každého Američana na zdravotnictví je 3 576 USD, z toho spočítáme 20%, které tvoří výdaj na léčiva, tj. 715 USD. V České republice je soukromý výdaj 2 634 Kč a z toho 54% je 1 422 Kč. Takže průměrně každý občan ČR zaplatí za léky ročně v paritě kupní síly 102 USD. I když se zdálo, že tentokrát budou výdaje českého občana větší, stále ani zdaleka nedosahují výdajů amerických občanů, které jsou sedmkrát větší.

**Obr. 3.8: celkové výdaje na léčiva v procentech k celkovým výdajům na zdravotnictví v USA a ČR 1996 - 2005**



*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

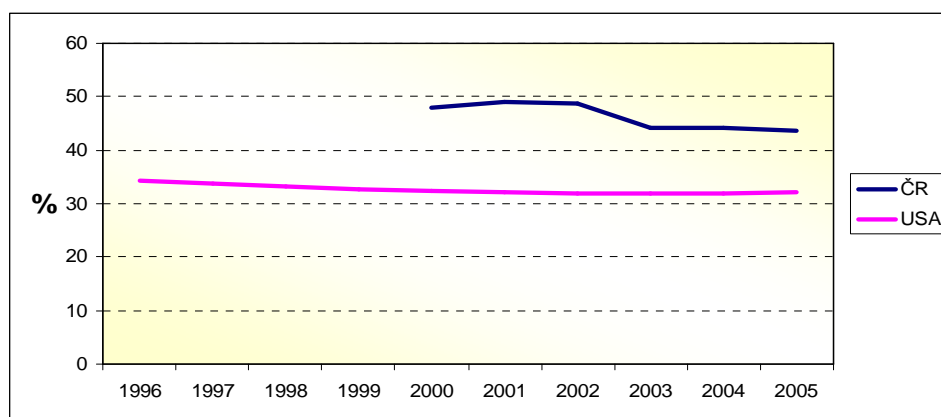
## Výdaje na nemocnice

Dalším faktorem, kterým můžeme poměřit výkonnost zdravotnictví, jsou peníze investované do nemocnic. A s tím vlastně související peníze do zdravotní péče,



nových technologií, platů doktorů a zdravotního personálu. Podle těchto výdajů můžeme tedy posoudit kvalitu zdravotnictví. Pokud se investuje do těchto oblastí, dá se říci, že se investuje správným směrem. Ale i tady musí jít o dobře zaměřené výdaje a musí být zohledněno hospodaření nemocnic. Takže nutně nemusí znamenat, že pokud se vydá spousta peněz na jakoukoliv činnost nebo projekt do nemocnice, je to správné a kvalita zdravotnictví roste. Peníze by měly být investovány účelově a splňovat záměr, na který byly vydány. Takže ani tady nemůžeme jednohlasně říci, čím více, tím lépe.

**Obr. 3.9: celkové výdaje na nemocnice k poměru celkovým výdajům na zdravotnictví USA a ČR 1996 - 2005**



*zdroj: <http://www.who.int>, vlastní úprava*

Na obr. 3.9 bohužel nejsou data pro ČR roky 1996 – 1999, které nejsou k dispozici, ale i tak můžeme vyčíst, že v ČR se dává na nemocnice o něco více v poměru k celkovým výdajům na zdravotnictví než v USA, kde mají výdaje konstantní úroveň, ale v ČR mají zase spíše klesající charakter. USA mají špičkově vybavené nemocnice, platy lékařů dosahují několikanásobku platů našich lékařů. I naproti tomu, že se u nás na nemocnice investuje více k poměru celkovým nákladům na zdravotnictví, nedosahujeme takové kvality a efektivnosti, příkladem můžou být čekací doby na operace a zákroky a nedostačující platy lékařů.

### 3.2.3 Nefinanční parametry

Výkonnost zdravotnictví, ale nelze měřit jen penězi, které tam plynou. Dalšími parametry, kterými se dá výkonnost měřit a porovnávat jsou průměrná délka života, novorozenecká úmrtnost, počet lékařů, lůžek (nemocnic), ambulancí a vybraných výkonů. Jde o parametry, které sledují všude na světě věrně popisují situaci v tom kterém

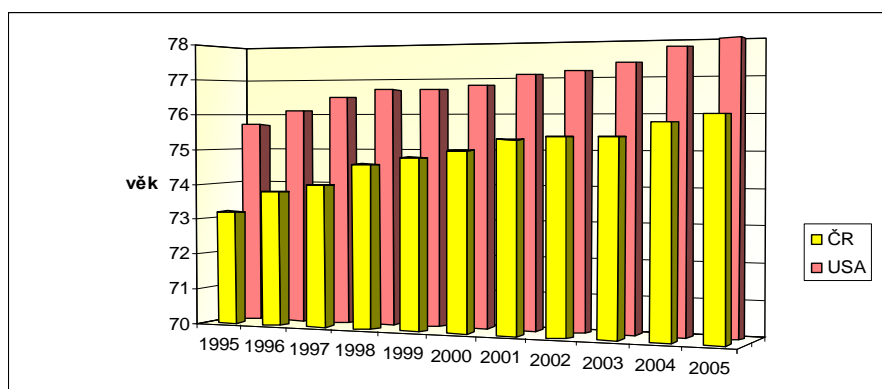
zdravotnictví. A hlavně ukazují opravdovou kvalitu a efektivnost zdravotnictví. Tyto nefinanční parametry jsou vlastně výsledkem investovaných financí a ukazují, jak se s nimi hospodaří.

## Průměrný věk dožití

Průměrný věk dožití neboli střední délka života vyjadřuje počet roků, který v průměru ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné (zpravidla delší) období. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce.<sup>11</sup>

Odborníci se přou, jak moc střední délka života popisuje výkonnost zdravotnictví a z jaké míry jde o důsledek působení velkého množství faktorů od kvality životního prostředí až po kvalitu a bohatství společnosti. Určitě je to souhrnem všech těchto faktorů, ale pokud bychom těmto kritériím přidělili určitou váhu, tak kvalita zdravotnictví, by byla na prvním místě. Proto bych tento parametr určitě zařadila mezi ty, které dokáží vysvětlit kvalitu zdravotnictví.

**Obr. 3.10: průměrný věk dožití v ČR a USA 1995 - 2005**



*zdroj: <http://stats.oecd.org>, vlastní úprava*

Na obr. 3.10 je vidět, že obě země mají rostoucí charakter v průměrné délce dožití. V ČR je šance na doživotí o 2 roky nižší než v USA. Ale v ČR je růst této věkové hranice o něco větší než v USA, v ČR za 10 let vzrostl o 3 roky a v USA o 2,5 tedy

<sup>11</sup> definice Český statistický úřad

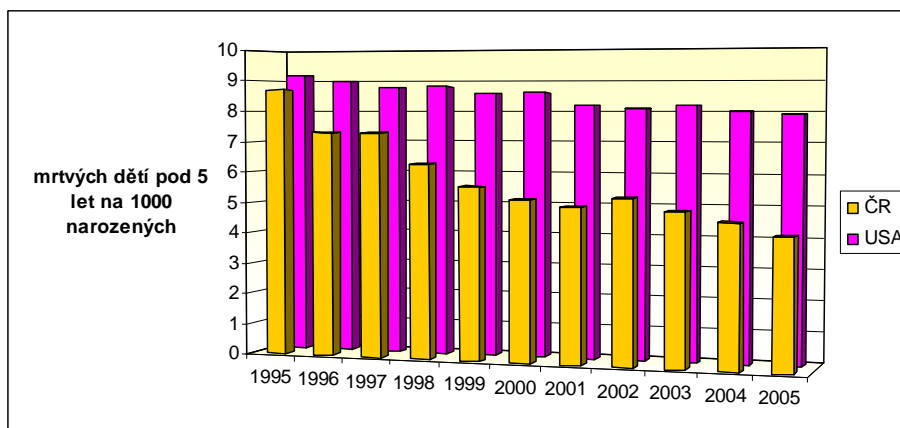
můžeme říci, že dochází ke konvergenci průměrného věku dožití. Pro zajímavost v roce 1960 byl průměrný věk dožití v USA 69,8 a v ČR 70,7.

Pro srovnání země EU původní patnáctky mají průměrný věk dožití všechny ještě vyšší než USA. Švýcarsko, které má nejvyšší výdaje v Evropě na zdravotnictví k HDP a to 11,7% , má průměrný věk dožití 81,3 let, dále Švédsko s výdaji 8,2% HDP má průměrný věk dožití 80,8 let, a Německo má stejný věk dožití jako USA, ve Velké Británii je tento věk 79 let a Francie 80,5 let.

### Počet mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených

Tento parametr počet mrtvých dětí a novorozenců nejlépe popisuje stav daného zdravotnictví, ukazuje jaká je věnována zdravotní péče matce i dítěti. U nás a ve všech vyspělých státech se už prakticky ani s touto variantou, že by dítě nebo matka mohli zemřít u porodu nebo následně v poporodní péči, nepočítá. Musí se stát obrovská souhra náhod, aby k tomu došlo. Naproti tomu v zaostalých státech nebo v dřívějších dobách je tato situace možná z 50% někdy i více.

**Obr. 3.11: počet mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených v ČR a USA 1995 - 2005**



*zdroj: <http://stats.oecd.org>, vlastní úprava*

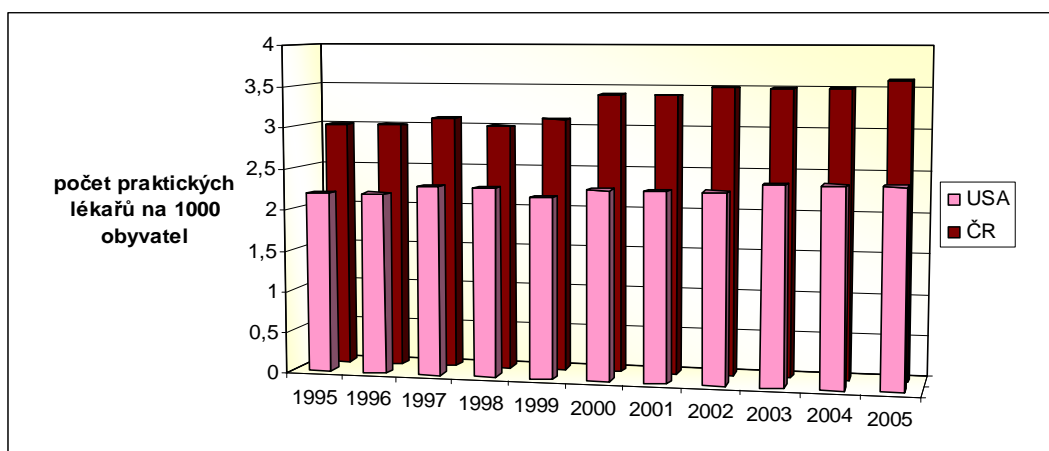
Obr. 3.11 ukazuje aspoň pro mě překvapující skutečnost, že v USA je větší úmrtnost dětí než v ČR a dokonce je i v ČR větší pokles než v USA, kde je jen mírný, za sledovaných 11 let klesl tento počet pouze o 1,3 dítěte. V ČR klesl o 4,5 dítěte, to ukazuje, že ani obrovské výdaje do zdravotnictví nedokážou snížit tuto úmrtnost. Pokud bych tento parametr brala jako ten, který nejlépe vystihuje kvalitu zdravotnictví, s obrovským náskokem by vedla ČR, protože fakt, že v USA umírá o 3,7 dítěte více než v ČR. Na tento

fakt, jestli opravdu výdaje ovlivňují úmrtnost a věkovou hranici dožití se podívám v další kapitole.

### Počet praktických lékařů na 1000 obyvatel

Tento parametr, zde řadím proto, že ke kvalitě zdravotnictví patří i počet praktických lékařů. Pokud by stát trpěl nedostatkem, znamená to, že pacienti nemají dostatečnou péči a trpí zanedbáním, protože by v tomto případě na jednoho lékaře připadalo více pacientů než je schopný zvládnout.

**Obr. 3.12: počet praktických lékařů v USA a ČR na 1000 obyvatel 1995 - 2005**



*zdroj: <http://stats.oecd.org>, vlastní úprava*

Obr. 3.12 ukazuje skutečnost, že ČR má víc praktických lékařů na počet obyvatel než USA. Pokud budeme posuzovat čím více praktických lékařů tím lépe, tak s přehledem vítězí ČR, kde je o 1,2 lékaře na 1000 obyvatel více, zatímco v roce 1995 to bylo pouze o 0,8 lékaře více. S časem se tedy tento rozdíl ještě více prohlubuje. Neřekla bych, že je u nás lékařů nadbytek, ale ani nemůžu říct, že v USA je lékařů nedostatek, trh si řídí sám kolik lékařů unese, proto je asi pro obě země takový počet lékařů dostačující. Ale i tak je to pro mě zajímavé zjištění, že USA má menší počet praktických lékařů. Na jednoho lékaře tak připadá 357 pacientů, u nás je to 278 pacientů. A čím méně pacientů lékař má, tím se jím lékař může lépe věnovat.

Celkové vyhodnocení nefinančních parametrů ukazuje tedy plus pro Českou republiku, zatímco finanční stránka hraje pro USA. USA má vyšší věk dožití, ale ČR má větší tempo růstu této věkové hranice. V dětské úmrtnosti a počtu praktických lékařů má výhodu Česká republika.

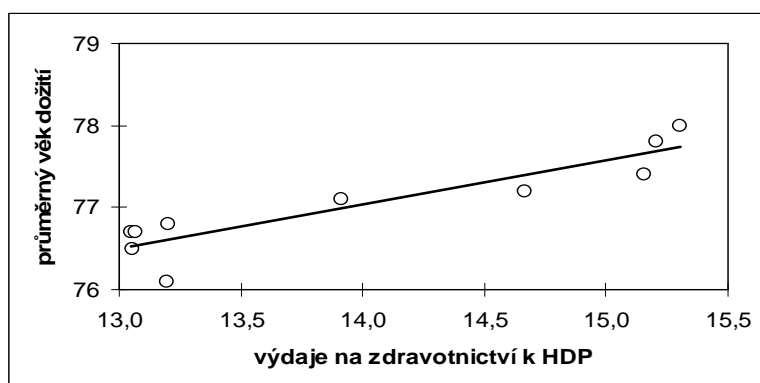
V České republice se vydávají finance na zdravotnictví v mnohem menší míře čtyřikrát méně než v USA, dochází dokonce k plýtvání a zbytečným návštěvám u lékaře. To si v USA nemůže jen tak někdo dovolit, protože si to platí sám. V USA nedochází k plýtvání, protože jsou peníze účelově zaměřeny.

### 3.2.4 Vztah mezi průměrným věkem dožití a počtem mrtvých dětí k výdajům do zdravotnictví

V této podkapitole se podívám na to, zda je výkonnost zdravotnictví závislá na růstu výdajů. To se dá zjistit pomocí regresní přímky, která vyjadřuje vztah a závislost mezi jednotlivými veličinami.<sup>12</sup> Pomůže nám ukázat, jestli jsou opravdu věk dožití a dětská úmrtnost závislé na výdajích na zdravotnictví nebo jsou souhrnem více různých faktorů. Mým názorem je, že toto ovlivňují různé faktory, jak jsem se už zmiňovala dříve jako kvalita životního prostředí, kvalita a bohatství společnosti. Pomocí regresní přímky můžu zjistit, jestli výdaje na zdravotnictví tvoří v souhrnu těchto faktorů většinu.

Jako nezávisle proměnnou X mám výdaje na zdravotnictví k HDP a závisle proměnná Y je průměrný věk dožití, budu tedy pozorovat jestli rostoucí výdaje mají vliv na růst věku dožití.

**Obr. 3.14: vztah mezi průměrným věkem dožití a výdaji na zdravotnictví k HDP v USA**



zdroj: <http://www.who.int>, <http://stats.oecd.org>, vlastní úprava

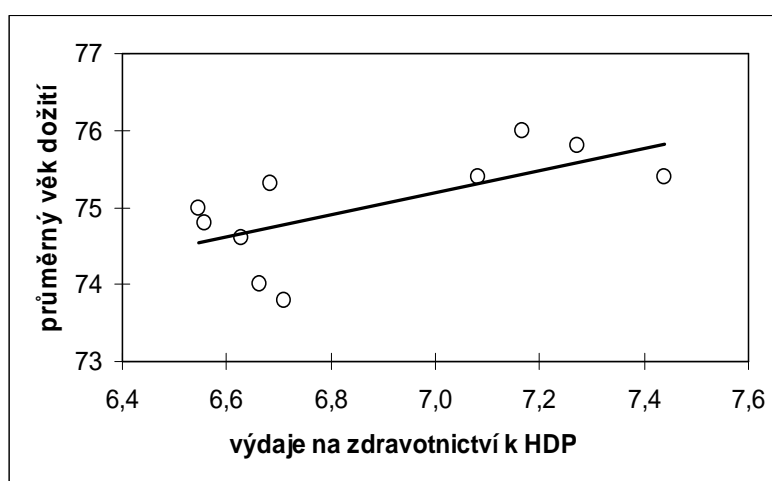
<sup>12</sup> Regresní přímka se vyjadřuje vztahem  $f(x) = \alpha + \beta x$ , její směrnice, tj. koeficient  $\beta$ , se nazývá regresní koeficient a ten charakterizuje průměrnou změnu nezávislé proměnné o jednu její jednotku. Je-li kladný, dochází s růstem hodnot nezávisle proměnné X v průměru také k růstu závisle proměnné Y. Tuto závislost nazýváme pozitivní (někdy se též užívá termín přímá závislost). Je-li regresní koeficient záporný, dochází při růstu hodnot nezávisle proměnné v průměru k poklesu hodnot závisle proměnné. V tomto případě hovoříme o negativní (nepřímé) závislosti.

Pro regresní přímku k USA vyšla regresní rovnice:

$$y = 64,971 + 1,4603x,$$

tzn., že pokud vzrostou výdaje na zdravotnictví k HDP o jednotku (o 1 procentní bod), pak průměrný věk dožití vzroste o 1,4603 roku. Zkusím tedy dosadit odhadované výdaje do zdravotnictví k HDP a to jak jsem uváděla již dříve, že někteří američtí ekonomové předpovídají do roku 2017 růst výdajů až na 20% k HDP, potom průměrný věk dožití bude 94,177 let, což je prakticky nemožné.

**Obr. 3.15: vztah mezi průměrným věkem dožití a výdaji na zdravotnictví k HDP v ČR**



*zdroj: <http://www.who.int>, <http://stats.oecd.org>, vlastní úprava*

Pro regresní přímku k ČR vyšla regresní rovnice:

$$y = 69,503 + 0,5383x$$

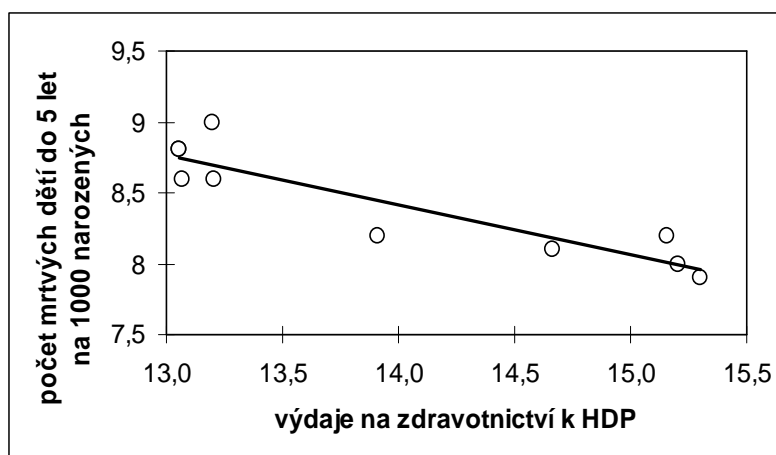
tzn., že pokud vzrostou výdaje na zdravotnictví k HDP o jednotku (o 1 procentní bod), pak průměrný věk dožití vzroste o 0,5383 roku. Zkusím tedy dosadit odhadované výdaje do zdravotnictví k HDP, které by ani nadále neměly přesáhnout 10%, pokud nebudou schváleny vyšší regulační poplatky. Podle odhadu by se měly výdaje pohybovat kolem 8%, potom průměrný věk dožití bude 73,8 let, ani tato věková hranice nebude zrovna ta, kterou jsem hledala.

Z obou obr. 3.14 a 3.15 vidíme, že výdaje na zdravotnictví ovlivňují pozitivně průměrný věk dožití. Přímky v obou grafech mají stejný sklon, můžeme tedy říci, že tvrzení o velikosti výdajů ovlivňujících věk na dožití je pravdivé. Sklon křivky je pozitivní tzn., že sice s rostoucími výdaji roste průměrný věk dožití, ale díky výpočtu jsem zjistila,

že závislost této věkové hranice na rostoucích výdajích není úplná. Proto bych potvrdila tvrzení, že výdaje na zdravotnictví sice ovlivňují věkovou hranici, ale ne úplně a existují i jiné faktory, které tuto hranici ovlivňují.

U vztahu mezi počtem mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených a výdaji na zdravotnictví k HDP jsem stejně jako u předchozího zvolila jako nezávisle proměnnou X výdaje na zdravotnictví k HDP a závisle proměnná Y počet mrtvých dětí, budu tedy pozorovat jestli rostoucí výdaje mají vliv na snižování počtu mrtvých dětí.

**Obr. 3.16: vztah mezi počtem mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených a výdaji na zdravotnictví k HDP v USA**



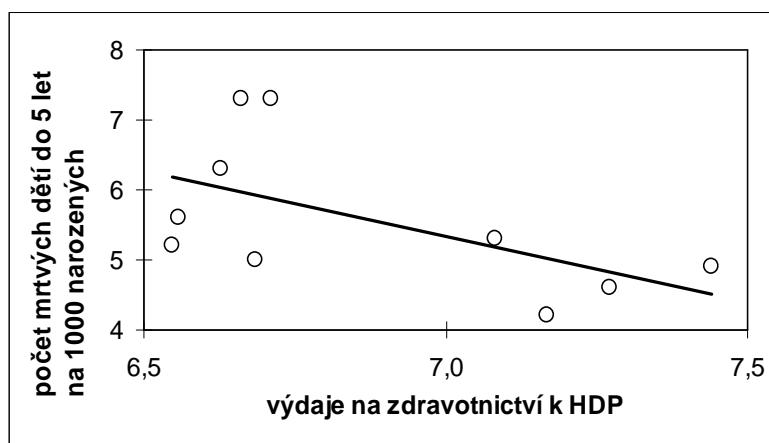
*zdroj: <http://stats.oecd.org>, <http://www.who.int>, vlastní úprava*

Pro regresní přímku k USA vyšla regresní rovnice:

$$y = 13,348 - 0,3525x$$

tzn., že pokud vzrostou výdaje na zdravotnictví k HDP o jednotku (o 1 procentní bod), pak počet mrtvých dětí klesne o 0,3525 roku. Zkusím tedy dosadit odhadované výdaje do zdravotnictví k HDP podobně jako u předchozího 20%, potom by počet mrtvých dětí na 1000 narozených klesl na 6,298 dítěte, tady lze vidět, že tento pokles není nemožný, bylo by to o 1,6 dítěte méně. Pokud by investované peníze byly využity na zkvalitnění zdravotnictví a ne jako zisky vlastníků pojišťoven, lze říci, že výdaje budou tvořit tu větší část, která vysvětluje snižování počtu mrtvých dětí do 5 let.

**Obr. 3.17: vztah mezi počtem mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených a výdaji na zdravotnictví k HDP v ČR**



*zdroj: <http://stats.oecd.org>, <http://www.who.int>, vlastní úprava*

Pro regresní přímku ČR vyšla regresní rovnice:

$$y = 18,4 - 1,8662x$$

tzn., že pokud vzrostou výdaje na zdravotnictví k HDP o jednotku (o 1 procentní bod), pak počet mrtvých dětí klesne o 1,8662 dítěte. Dosadím odhadované výdaje do zdravotnictví k HDP, potom by počet mrtvých dětí na 1000 narozených klesl na 3,4704 dítěte, tato hodnota je také možná, je to pokles o 0,7 dítěte.

Na obr. 3.16 a 3.17 lze vidět opačný sklon přímky než v případě průměrného věku dožití, který opět potvrzují obě země. Vztah mezi počtem mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených a výdaji na zdravotnictví je negativní, tedy počet mrtvých dětí klesá s růstem výdajů k HDP. V obou zemích počet mrtvých dětí klesá, ale v ČR o něco více. Regresní přímka pouze ukazuje skutečnost, že růst výdajů do zdravotnictví zvyšuje kvalitu života, ale nezohledňuje to, že výdaje nemusí být tolik vysoké, aby měly stejný efekt. V tomto případě to ukazuje, že u nás se do zdravotnictví nemusí dávat takové vysoké částky jako v USA, ale dochází k stejnému výsledku jako v USA, tedy ke snižování dětské úmrtnosti a to ještě více než v USA a k zvyšování průměrného věku dožití. Není tedy nutné, aby se utrácely obrovské sumy k získání stejného výsledku. Proto bych vyhodnotila Českou republiku z pohledu těchto nefinančních parametrů jako tu, co má lepší zdravotní systém.

Soukromá zařízení hospodaří sice lépe, jejich cílem je zvyšovat zisk a redukovat tak zbytečné výdaje, ale to vede k obrovskému tlaku na růst cen ve



zdravotnictví. Za účelem dalšího zisku ale brzy začnou stlačovat i výdaje užitečné, proto také dochází v USA k vyšší úmrtnosti a to nejen té dětské.

### 3.2.5 Celkové zhodnocení

Pokud tedy budu hodnotit tyto dva zdravotní systémy, musím vzít v potaz parametry, které vysvětlují kvalitu zdravotnictví a zahrnout je do jednoho společného, který by mohl jednoznačně ukázat, který systém je lepší. Nebudu zahrnovat, ty které jednoznačně neříkají, co je lepší, u nich záleží spíše na subjektivním hodnocení, jako např. poměr vládních a soukromých výdajů nebo počet lékařů.

Takže si vymezím jednotlivá kritéria, která zahrnu do tohoto indexu. Jak jsem uvedla kritéria budou taková, aby se mezi sebou dala porovnávat. Ale i tak je toto hodnocení založeno spíše na mém subjektivním názoru. Nejprve zařadím kritérium dětské úmrtnosti. Tomuto kritériu bych přiřadila hodnotu 40%, z pohledu toho, jak ukazuje kvalitu zdravotnictví. ČR má úmrtnost dětí do 5 let ve výši 4,2 a USA 7,9 dítěte. Tomuto kritériu přiřadím následující hodnotu od 1 do 10, s tím, že 10 je nejlepší a 1 nejhorší, tzn. že obrátím hodnotu těchto čísel, ČR přiřadím 5,8 a USA bude mít hodnotu 2,1 a to tak, že 10 se rovná 1. Takže pro vysvětlení a přehlednost jsou přiřazené hodnoty uvedeny v následující tabulce:

**Tab. 3.1:**

počet mrtvých dětí do 5 let na 1000 obyvatel	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
přiřazená hodnota	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pokud bych zohlednila i tempo poklesu u USA je to 1,3 a ČR je 4,5 dítěte za 11 let viz obr. 3.11, do této hodnoty bych to započítala, tak že to přičtu ke každé hodnotě, tzn. že výsledná hodnota pro USA bude 3,4 a ČR 10,3.

Dalším parametrem, který do tohoto indexu zařadím je průměrný věk dožití, v ČR je tento věk 76 a v USA 78. Tomuto kritériu přiřadím váhu 30%, opět je to hodnoceno mým subjektivním pohledem a jak jsem se dříve zmiňovala, věk dožití není závislý jen kvalitě zdravotnictví. Hodnoty přiřadím následovně, aby mi pro zjednodušení a lepší porovnání nabývali hodnot od 1 do 10, opět bude 10 nejlepší a 1 nejhorší. Takže pro

USA s úmrtností 78 je hodnota 6 a to počítáno, takže opět přiřadím k jednotlivým věkům hodnoty od 1 do 10 na stejném principu jako u předchozího parametru, rozpětí je od 74 do 82, je to věkové rozmezí, kterého se dožívají vyspělé státy. A hodnota pro ČR je tedy 4. Ale pokud opět započítám i tempo zvyšování této věkové hranice, potom ČR přičtu 2,8 bodu, který znázorňuje rychlejší růst za sledovaných 11 let a USA 2,3 viz obr. 3.10. Výsledné hodnoty jsou tedy 6,8 pro ČR a 8,8 pro USA.

**Tab. 3.2:**

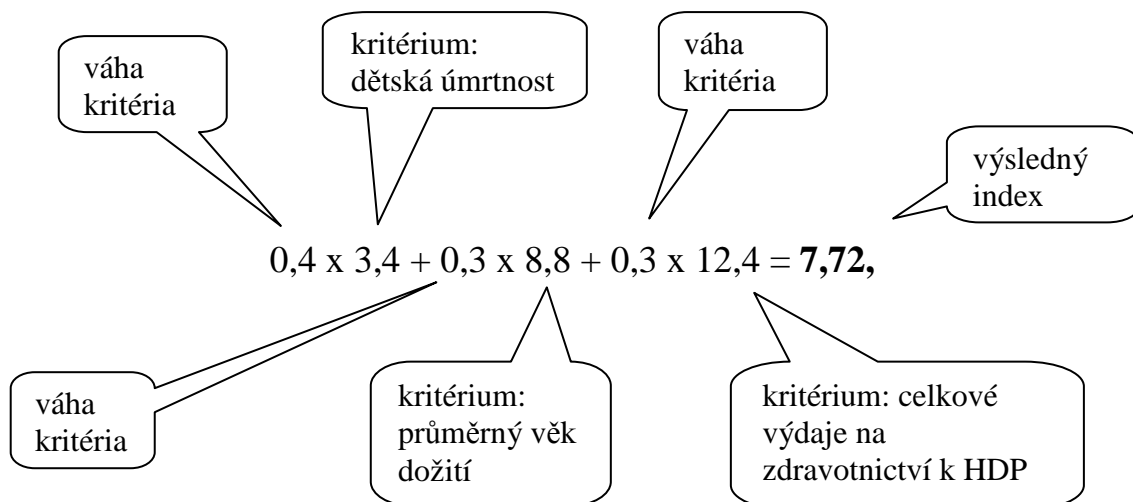
průměrný věk dožití	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
přiřazená hodnota	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Třetí parametr, který zavedu jsou výdaje na zdravotnictví, tomuto kritériu dám opět 30% v poměru, který bude zaujímat ve vzorci. Nejvyšší hodnotu nemá proto, že hodnota zdraví a lidského života je stavěna nad peníze. Samozřejmě budu počítat s tím, že větší výdaje jsou lepší, protože představují vyšší investice, vyšší kvalitu, lépe vybavené zdravotnická zařízení. Takže opět stejný princip přiřazení hodnot. USA 10,3 a ČR 2,2, pokud opět zohledním tempo růstu pro USA, je tedy konečná hodnota 12,4 a pro ČR 2,7 viz graf 3.2.

**Tab. 3.3:**

celkové výdaje na zdravotnictví k HDP	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
přiřazená hodnota	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Výslednou rovnici sestavím následovně nejprve pro USA:



a pro ČR se stejnou logikou:

$$0,4 \times 10,3 + 0,3 \times 6,8 + 0,3 \times 2,7 = 6,97$$

Takže z výsledných indexů je jasné, že zdravotní systém USA vyšel jako lepší s indexem 7,72 a to především díky vysokým výdajům. ČR o necelý bod zaostává, ale není to zase o tolik. Ale pro lepší porovnání výsledků zde zkusím zařadit i průměr EU 15. Takže opět se stejnou logikou sestavím rovnici:

$$0,4 \times 8,7 + 0,3 \times 9,9 + 0,3 \times 5,4 = 8,07$$

a výsledný index ukazuje, že průměr EU 15 je na tom lépe než USA, ČR zaostává o 1,1 a USA 0,35. Můžeme tedy soudit podle zadaných kritérií a vah, že sice USA mají lepší nebo lépe fungující zdravotní systém než ČR, ale celkově vychází lépe systém na všeobecném principu.

## Závěr

Česká republika má jednoznačně jeden z nejsolidárnějších zdravotních systémů na světě. Jako regulátor je brána VZP, která má nejvíce klientů a teče přes ni nejvíce peněz. Na to, kam tyto peníze půjdou rozhoduje hlavně management pojišťoven, který není v podstatě za svoje rozhodnutí odpovědný. Zatímco systém zdravotnictví Spojených států amerických je silně komerční a na dobrovolném principu.

Zdravotní systém by neměl být postaven jenom na zisku z pohledu ekonomického, ale hlavně by měl chránit lidské životy a zdraví. Potom co jsem se dočetla o zdravotnictví v USA nevím, jestli bych chtěla, aby tento systém fungoval i u nás. A myslím si, že by ani nebylo jednoduché jej zavést. Už zavedení regulačních poplatků, bylo velkým problémem. Dokonce opozice podala trestní oznámení na ministerstvo zdravotnictví, protože poplatky považuje za protiústavní. Ani zbytek chystané reformy není po vůli vládní koalici, která je proti dokončení reformy nebo se dožaduje aspoň určitého kompromisu a to hlavně kvůli privatizaci pojišťoven a univerzitních nemocnic. Proto myslím, že americký systém zdravotnictví by zde nebyl přijat ani vládou ani českou populací, a opozice by při první příležitosti tento systém zrušila.

Americké zdravotnictví bere zdraví jako zboží, s kterým se obchoduje na trhu. Pokud je potřeba nějakého zákroku nebo léčby je rozhodováno na principu výběrového řízení. Neznamená, že pokud si občan platí zdravotní pojištění, automaticky mu budou uhrazeny všechny výdaje na zdravotní péči. Pokud člověk začne trpět vážnou nemocí, musí projít schvalovací komisí, která teprve rozhodne, jestli ten dotýčný dostane řádnou léčbu. Ve schvalovací komisi sedí posudkoví lékaři, kteří jsou odměňováni prémie a různými bonusy podle toho, kolik financí zdravotní pojišťovně ušetří.

V USA neexistuje jako u nás automatická zdravotní péče, nemusí vás vůbec ošetřit, pokud nemáte na zaplacení nebo vhodnou pojistku, pouze ve státem hrazených pohotovostech. Hlavní roli tedy přestává hrát zdraví, ale na nejvyšší stupínek hodnot se dostávají peníze a velké zisky pojišťovacích společností. Tento systém v USA funguje od roku 1971, kdy ho zavedl prezident Richard Nixon s pomocí Edgara Kaisera, který tento systém vymyslel. V 90. letech za vlády prezidenta Billa Clintona byla pověřena skupina určitých lidí v čele s jeho manželkou, nynější kandidátkou na prezidenta USA, Hillary Clinton reformou zdravotnictví, která byla nazvána Národní reforma zdravotní péče. Měla za úkol převést zdravotnický systém z komerčního na solidární. Tato reforma byla však potlačena z důvodu obav, že je tento plán příliš socialistický a americký systém

zdravotnictví zůstal u starého způsobu fungování. Američané mají totiž obavy ze všeho, co má jen v názvu sociální, jejich nejvyšší prioritou je svoboda ve všem a pro všechny, je to jejich americký způsob myšlení a za tuto svobodu jsou schopni obětovat hodně. Nejvíce prostředků na potlačení této reformy samozřejmě věnovaly zdravotní pojišťovny, odhadují se až na 100 mil. dolarů.

V roce 2000 Světová zdravotnická organizace zhotovila studii, která americké zdravotnictví umístila na 37. místě v hodnocení zdravotních systémů 191 členských zemí. ČR se v této studii umístila na 48. místě, první místo obsadila Francie, druhé Itálie, třetí San Marino, pokud bych přidala ještě několik zemí pro srovnání, tak Velká Británie byla na 18. místě a Německo na 25., což ukazuje, že evropské státy se umístily lépe než USA. A Švýcarsko, které má na zdravotnictví největší výdaje v Evropě se umístilo na 20. místě.

Ale není všechno až tak záporné, v určitém slova smyslu je tento systém více spravedlivý než u nás a to na principu zmiňované svobody, na kterém je postavena celá americká společnost. Každý má právo zvolit si pojistku, u jaké pojišťovny a jaký typ pojištění chce. Úplná svoboda je i na straně pojišťoven, které nemusí pojistit každého, ale pečlivě si svoje pojištěnce vybírá. A díky sumám vložených do zdravotnictví a volnému trhu, se může americké zdravotnictví pochlubit nejlepšími světovými lékaři, působí zde nejvíce nositelů Nobelovy ceny, přichází se zde na většinu důležitých lékařských objevů, pacientům jsou k dispozici nejlépe vybavené kliniky. Přichází sem lidé z celého světa, kteří nenajdou pomoc jinde, nebo kteří by museli na transplantace a operace doma čekat příliš dlouho. Mají zde větší šance na přežití lidé, u kterých byla diagnostikována třeba rakovina, než v zemích s veřejným zdravotnictvím. A to proto, že v Americe jsou pacientům k dispozici nejnovější léky a nejlepší lékařské vybavení bez čekání.

Pokud jsem našla nějakou shodu v těchto dvou systémech, tak je to v systému zaměstnaneckého pojištění, který funguje na principu solidárnosti, podobně jako u nás funguje celý zdravotní systém. Jinak jsou tyto dva systémy úplně odlišné. Jako efektivnější jsem vyhodnotila náš systém zdravotnictví, protože vykazuje lepší výsledky v stále klesající úmrtnosti dětí a pomalu dohání USA i v průměrném věku dožití a to za poměrně nízkou cenu. Ale americký zdravotní systém vede v úspornosti zacházení s finančními prostředky, díky tomu, že existuje volný trh, na kterém se obchoduje, jak s léčivý, tak s pojistným. Výhodou tržního systému je stlačování zbytečných nákladů a investic a nedokonalostí, které vznikají v případě řízení jednou institucí.

Nejvíce zdravotnictví prodražuje špatná organizace, ne stárnutí populace a nové technologie. Náklady ve zdravotnictví jsou v různých zemích velmi různé, aniž by s

jejich růstem rostla kvalita. V USA jsou nejvyšší, a např. v Dánsku tvoří 9,2 % HDP, přičemž podle objektivních ukazatelů zdraví populace je dánské zdravotnictví lepší (podle Světové zdravotnické organizace). V USA je zdraví vykoupeno drahými a novými technologiemi, které mohou být zavedeny díky obrovským finančním částkám plynoucích do zdravotnictví. Američani mají asi nejvyšší kvalitu, ale rozhodně ne dostupnou všem, proto i nadále dochází k vysoké úmrtnosti. U nás pokud potřebujeme nějakou složitější operaci, ke které je třeba drahého přístroje nebo složitého zákroku, musíme za touto léčbou odjet třeba do hlavního města, které ale vzhledem k velikosti ČR není ani z nejbýhodnějšího bodu tak vzdálené. Díky nižším výdajům do zdravotnictví není plná dostupnost těch nejnovějších a nejmodernějších technologií jako v USA a v určitém způsobu jsme na USA závislí tak jako většina světa ve vývoji těchto technologií, které ze Spojených států většinou pocházejí. A USA si plně svoji výhodu uvědomují a zbytek světa kritizují, že jejich systém, pro lidi přívětivější, a to nejen zdravotnictví, funguje jen díky tomu, že USA tyto technologie vyvíjejí a vyváží do celého světa. Na to, aspoň z mého pohledu, jsou Spojené státy náležitě pyšné a plně si uvědomují závislost zbytku světa, budují si tak postavení ještě silnější a časem úplně bezkonkurenční moci, nejen v oblasti zdravotnických technologií, ale ve všech odvětvích.

Při zavádění reformy zdravotnictví ČR by měl být brán ohled na tyto negativní vlivy v USA. Na prvním místě by mělo být i nadále zdraví a až na druhém místě peníze. Ale jelikož je třeba peněz, aby systém fungoval, měla by být určité reforma dokončena. Nynější zavedení regulačních poplatků je podle mého dobrým krokem a plně s touto první fází reformy souhlasím. Lidé neví, kolik vlastně jejich ošetření stálo a ani se o to nezajímají. Proto jim tento poplatek připomene, že to, co se jim dostává, zadarmo není a někdo to musel zaplatit. A všichni víme, že všechno, co je zadarmo, je nadužívané a tomuto plýtvání by měly regulační poplatky zabránit. Nejsou to žádné vysoké částky, myslím, že pro většinu z nás není takovým problémem tuto částku zaplatit. Ani bych neváhala u některých typů poplatků ještě o něco přidat, ale u některých zase ubrat a upravit, za co přesně se poplatek vybírá. A jak jsem si zjišťovala u ekonomického vedení uherskohradištské nemocnice s výběrem poplatků zase takový problém není. Od těch, kteří by měli problém se zaplacením poplatku, vybírány nejsou. Pokud by byla vystavena účtenka na poplatek a následně by došlo k vymáhání peněz, vedlo by to k hodně větším ztrátám než je poplatek. Ani ze strany pacientů nedochází k větším problémům se zaplacením, takže k větším potyčkám nebo konfliktům dochází jen ve výjimečných případech. To je signál, že i přes původní nelibost, se s poplatky většina lidí smířila. Jejich

zavedení podle prozatímních výsledků má pozitivní vliv a splňuje očekávané výsledky. Například limit, který je stanoven na ochranu pacientů, už několik pacientů překročilo a přeplatky na poplatcích jim budou vráceny.

O druhé fázi reformy se v koalici ještě diskutuje, Strana zelených i KDU – ČSL si vydobyli určité změny a došlo ke kompromisu v privatizaci pojišťoven. VZP zůstane ve státním vlastnictví, i když jako akciová společnost. Ostatní pojišťovny se budou privatizovat, ale za podmínky, že sice mohou tvořit zisk, ale jejich zisky zůstanou kontrolované po celou dobu fungování pojišťovny v původním návrhu bylo pouze po dobu 5 let. A to tím že 85% zisku se bude vracet klientům pojišťovny na své účty, které z nich uhradí regulační poplatky či doplatky na léky. Pojišťovny smějí tvořit zisk nejen z provozních nákladů, ale také z výdajů na zdravotní péči. Norma také popíše jejich činnost a stanoví podmínky pro získání licence. Dále se kompromis týká privatizace univerzitních nemocnic, kdy má podobně jako u VZP dojít na převod v akciové společnosti. Ale ve své podstatě by měly zůstat neziskovými společnostmi, které svůj zisk vloží zpátky do léčení a výuky. Dále bude potřeba vzniku dozoru, který bude kontrolovat hlavně činnost pojišťoven, a to hlavně zda nasmlouvají pro pojištěnce kvalitní a dostupnou péči, tento úřad se bude jmenovat Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Pojištěnec bude mít možnost odvolat se k tomuto úřadu, pokud pojišťovna péči nezajistí.

Samotné se mi návrh původní plně privatizace nelíbil, v podstatě kopíroval ten americký založený na komerčním principu. USA tyto obrovské zisky umí využít tím způsobem, že vyvíjí technologie a medicínu vede k obrovským pokrokům, ale u nás by zisky vedly pouze k obohacení určité skupiny lidí a dále do zdravotnictví by se nedostávaly. Ale s těmito změnami, které vyjednala koalice, myslím, že zákon má šanci a reforma může být dokončena. Nevidím v tom žádný problém a ustanovení, že pojišťovny nebudou smět naplno tvořit zisk, nestaví zdravotnictví na úplně privatizované jako je v USA. Díky tomuto dodatku i nadále zůstane ve zdravotním systému zdraví na prvním místě a zisk bude až vedlejší produkt. Problém bych viděla pouze v kontrole nad těmito pojišťovnami, žádný úřad nemůže zaručit 100% kontrolu, může docházet ke korupci anebo k tomu, že pro tyto kontrolory nebude existovat dostatečný postih a nebudou mít plnou zodpovědnost za svoje činy.

Z úprav je tedy zřejmé, že reforma zdravotnictví nebude plně fungovat na principu americkém, ale pokusí se najít vlastní českou cestu. A myslím, že má šanci na úspěch, pokud bude ministr Julínek jako doposud důsledný a zodpovědný za své kroky a

pokud i nadále bude vítězit snaha o zachování zdraví a lidského života nad penězi. Peníze mají zůstat i nadále pouze nástrojem, kterým bude zdraví dosahováno.

Pokud bych měla doporučit ministerstvu zdravotnictví jak pokračovat v reformě, abychom se vyhnuli problémům, které má americké zdravotnictví. Doporučila bych kontrolu nad ziskem pojišťoven, to sice není jednoduché, ale v koalici už se jedná o určitém regulovaném zisku, z kterého by jim zůstávala jen určitá část. Dále aby pojišťovny neměly právo odmítnout pojištěnce jen proto, že je nemocný, tedy povinnost pojistit všechny bez ohledu na věk nebo zdraví. A kontrolu nad vydáváním licencí novým soukromým pojišťovnám. To všechno souvisí se vznikem kontrolního úřadu, o kterém se také jedná. Kontroloři by měli být plně zodpovědní a odvolatelní.

Dalším krokem je zpoplatnění některých lékařských zákroků, to by měla ale zhodnotit určitá skupina odborných lékařů, která by měla posoudit, který zákrok se dá takto zpoplatnit. Dále by se měly začít hradit různé ozdravné pobyty a pobyty v lázních, nemusí to být celou cenou, ale třeba do 50% ceny. To bych nechala právě v kompetenci té které pojišťovny, aby se mohl uskutečňovat konkurenční boj.

A naposledy bych doporučila neustupovat v platbě regulačních poplatků. Pokud bude to bude nutné, tak ustoupit u plateb u určité skupiny lidí, a to spíše u dětí do 3 let než důchodcům. Myslím, že právě důchodci jsou naduživateli zdravotní péče.



## Seznam použité literatury

### a) publikace

DRBAL, C.: *Česká zdravotní politika a její východiska*, Praha 2005: nakladatelství Galén, 96s. ISBN 80-7262-340-0

GLADKIJ, I., STRNAD L.: *Zdravotní politika – zdraví - zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8

HAVLÍČEK, K., HEMELÍK, T.: *Nad veřejným zdravotním pojištěním*. Praha 1998: Nakladatelství Orac, s.r.o., 208s. ISBN 80-86199-04-5

HLAVÁČKOVÁ, D. *Krizová připravenost zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 198s. ISBN 978-80-7013-452-8.

JAROŠOVÁ, D.: *Veřejné zdravotnictví*. Ostrava 2007, str. 77, ISBN 978-80-248-1285-4

MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ P.: *České zdravotnictví: vize a skutečnost: složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum, 2005. 250 s. ISBN 80-246-0944-4

VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J.: *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*, 2002: tiskárny Havlíčkův Brod a.s., ISBN 80-247-0347-5

ZLÁMAL, J., BELLOVÁ J.: *Ekonomika zdravotnictví*, Brno 2005: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 206 s. ISBN 80-7013-429-1

Ministerstvo zdravotnictví ČR: *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008*

### b) elektronické články a publikace

Aktuálně. cz [online]. Náklady na zdraví kvůli poplatkům výrazně stoupnou. [cit. 20.2.2008] Dostupné na www: <http://aktualne.centrum.cz/clanek.phtml?id=490374>

Aktuálně. cz [online]. ČSSD má vlastní reformu zdravotnictví. Píše ji Rath. [cit. 25.2.2008] Dostupné na www: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/politika/clanek.phtml?id=519234>

ČNZP [online]. Zdravotně pojistný plán. [cit. 4.1.2008] Dostupné na www: [http://www.cnzp.cz/soubory/CNZP\\_VZ\\_2005.pdf](http://www.cnzp.cz/soubory/CNZP_VZ_2005.pdf)

Čt 24 [online]. Reforma zdravotnictví je nutná, myslí si Češi. [cit. 26.2.2008] Dostupné na www: <http://www.ct24.cz/domaci/4121-reforma-zdravotnictvi-je-nutna-mysli-si-cesi>

ČSÚ [online]. HDP [cit. 18.3.2008] Dostupné na www: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hdp\\_cr](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hdp_cr)

ČSÚ [online]. Parita kupní síly. [cit. 20.3.2008] Dostupné na www: [http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/A7002B44B4/\\$File/113606\\_Mezinar%20sro v\\_8.pdf](http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/t/A7002B44B4/$File/113606_Mezinar%20sro v_8.pdf)

D-FENS [online]. Nemocné zdravotnictví I. [cit. 12.3.2008] Dostupné na [www:](http://www.dfens-cz.com/view.php?cislocclanku=2005091202)  
<http://www.dfens-cz.com/view.php?cislocclanku=2005091202>

Earth trends [online]. GDP per capita. [cit. 18.3.2008] Dostupné na [www:](http://earthtrends.wri.org/text/economics-business/variable-638.html)  
<http://earthtrends.wri.org/text/economics-business/variable-638.html>

HEALTH REFORM [online]. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století . [cit. 18.2.2008] Dostupné na [www:](http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf)  
[http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1\\_Publikace/CZ\\_publikace.pdf](http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf)

HZP [online]. Ekonomické informace. [cit. 3.1.2008] Dostupné na [www:](http://www.hzp.cz/main/clanek.php?id=50)  
<http://www.hzp.cz/main/clanek.php?id=50>

HZP [online]. Zdravotní systém ČR. [cit. 19.12.2007] Dostupné na [www:](http://www.hzp.cz/main/clanek.php?id=51)  
<http://www.hzp.cz/main/clanek.php?id=51>

Korelační a regresní analýza. [online]. Korelační a regresní analýza. [cit. 13.4.2008] Dostupné na [www:](http://www.strediskoczuhk.cz/doc/as_6_kapitola.pdf) [http://www.strediskoczuhk.cz/doc/as\\_6\\_kapitola.pdf](http://www.strediskoczuhk.cz/doc/as_6_kapitola.pdf)

MZd ČR [online]. Metodický pokyn k regulačním poplatkům. [cit. 20.2.2008] Dostupné na [www:](http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=921) <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=921>

OECD [online]. Expectancy . [cit. 20.3.2008] Dostupné na [www:](http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx?DatasetCode=HEALTH)  
<http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx?DatasetCode=HEALTH>

VZP ČR [online]. Zdravotně pojistný plán pro rok 2007 . [cit. 12.12.2007] Dostupné na [www:](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/Zdravotne-pojistny-plan/) <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/Zdravotne-pojistny-plan/>

OECD [online]. Purchasing Power Parities Data. [cit. 20.3.2008] Dostupné na [www:](http://www.oecd.org/document/47/0,3343,en_2649_34357_36202863_1_1_1_1,00.html)  
[http://www.oecd.org/document/47/0,3343,en\\_2649\\_34357\\_36202863\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/47/0,3343,en_2649_34357_36202863_1_1_1_1,00.html)

Peníze [online]. Zdravotnictví USA: stát pomůže jen důchodcům a nejchudším [cit. 5.3. 2008] dostupné na <http://www.penize.cz/29408-zdravotnictvi-usa-stat-pomuze-jen-duxodcum-a-nejchudsim>

Peníze [online]. Zdravotnictví USA: drahé pojištění, které zdaleka nehradí všechno. [cit. 5.3.2008] Dostupné na [www:](http://www.penize.cz/29415-zdravotnictvi-usa-drahe-pojisteni-ktere-zdaleka-nehradi-vsechno)  
<http://www.penize.cz/29415-zdravotnictvi-usa-drahe-pojisteni-ktere-zdaleka-nehradi-vsechno>

Peníze [online]. Zdravotnictví USA: zdraví k nezaplacení [cit. 10.3.2008] Dostupné na [www:](http://www.penize.cz/29425-zdravotnictvi-usa-zdravi-k-nezaplacení)  
<http://www.penize.cz/29425-zdravotnictvi-usa-zdravi-k-nezaplacení>

Rapidimmigration [online]. Medical care in USA. [cit. 10.3.2008] Dostupné na [www:](http://www.rapidimmigration.com/usa/1_eng_coming_medical.html)  
[http://www.rapidimmigration.com/usa/1\\_eng\\_coming\\_medical.html](http://www.rapidimmigration.com/usa/1_eng_coming_medical.html)

Rath David [online]. Ekonomická anomálie. [cit. 10.3.2008] Dostupné na [www:](http://www.rathdavid.cz/node/22)  
<http://www.rathdavid.cz/node/22>

Rath David [online]. Reforma zdravotnictví očima opozice.[cit. 22.2.2008] Dostupné na www: [http://www.zhavydrath.cz/article\\_detail.php?id=75&page=1&year\\_month=2008-1](http://www.zhavydrath.cz/article_detail.php?id=75&page=1&year_month=2008-1)

RBP-ZP [online]. Zdravotně pojistný plán pro rok 2007. [cit. 3.1.2008] Dostupné na www: [http://www.rbp-zp.cz/obr/File/ZPP07\\_uvod%20obr.pdf](http://www.rbp-zp.cz/obr/File/ZPP07_uvod%20obr.pdf)

SOU AV ČR [online]. Reforma zdravotnictví: názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování [cit. 4.1.2008] Dostupné na www: [www.soc.cas.cz/download/151/Tisková%20zpráva.pdf](http://www.soc.cas.cz/download/151/Tisková%20zpráva.pdf)

SP ÚFNZ [online].Ekonomická specifikace zdravotnictví. [cit. 18.2.2008] Dostupné na www: [http://fse1.ujep.cz/materialy/KFU\\_huncova\\_UFNOurbanova.pdf](http://fse1.ujep.cz/materialy/KFU_huncova_UFNOurbanova.pdf)

VOZP [online]. Zdravotně pojistný plán pro rok 2007. [cit. 3.1.2008] Dostupné na www: <http://www.vozp.cz/Default.aspx?section=13&server=1&article=272>

WHO [online]. Health Statistics of Countries. [cit. 18.3.2008] Dostupné na www: <http://www.who.int/nha/country/en/>

WHO [online]. The World Health Report 2000 [cit. 31.3.2008] Dostupné na www: [http://www.WHwho.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.WHwho.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

Změny pro budoucnost [online]. Zdravotnická reforma. [cit. 20.2.2008] Dostupné na www: <http://www.reforma.cz/prectete-si/media-detail.aspx?ID=697&back=4>

ZP METAL – ALIANCE [online]. Zdravotně pojistný plán pro rok 2007. [cit. 3.1.2008] Dostupné na www: [http://www.zpma.cz/detail.php?show\\_old=1&id=651](http://www.zpma.cz/detail.php?show_old=1&id=651)

ZP ministerstva vnitra [online]. Výroční zpráva roku 2006. [cit. 3.1.2008] Dostupné na www: <http://www.zpmvcr.cz/cz/o-nas/vyrocní-zpravy.html>

ZP Škoda [online]. Zdravotně pojistný plán pro rok 2007. [cit. 3.1.2008] Dostupné na www: <http://www.zpskoda.cz/cs/vyhledavani.asp>

## Seznam zkratek

CZK	česká koruna
ČR	Česká republika
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
DVZ	denní vyměřovací základ
EU	Evropská unie
HDP	hrubý domácí produkt
Kč	korun českých
KSČM	Komunistická strana Čech a Moravy
MF	Ministerstvo financí České republiky
mil.	milión
mld.	miliarda
MZd	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD	Organisation Economic Co - operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
SCHIP	State Children Health Insurance Program
SR	Slovenská republika
tis.	tisíc
USA	United States of America (Spojené státy americké)
USD	americký dolar
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)
ZFZP	základní fond zdravotního pojištění
ZPP	Zdravotně pojistný plán

## **Prohlášení o využití výsledků diplomové práce**

Prohlašuji, že

- byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou (bakalářskou) práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo,
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně ke své vnitřní potřebě diplomovou (bakalářskou) práci užít (§ 35 odst. 3),
- souhlasím s tím, že jeden výtisk diplomové (bakalářské) práce bude uložen v Ústřední knihovně VŠB-TUO k prezenčnímu nahlédnutí a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové (bakalářské) práce. Souhlasím s tím, že údaje o diplomové (bakalářské) práci, obsažené v Záznamu o závěrečné práci, umístěném v příloze mé diplomové (bakalářské) práce, budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO,
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona,
- bylo sjednáno, že užít své dílo – diplomovou (bakalářskou) práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne .....

.....  
jméno a příjmení studenta

Adresa trvalého pobytu studenta:

Mírová 906, Ostrožská Nová Ves 687 22

## **Seznam příloh**

Příloha 1: přehled základních ukazatelů VZP za rok 2007

Příloha 2: Zdravotně pojistný plán VZP za rok 2007

Příloha 3: hodnocení zdravotních systémů zprávou The Health Report 2000 191 členských zemí WHO

Příloha 4: vývoj výdajů na zdravotnictví k HDP, průměrný věk dožití a počet mrtvých dětí do 5 let na 1000 narozených EU 15 v letech 1995 - 2005

## Příloha 1: přehled základních ukazatelů VZP za rok 2007

ukazatel	
I. pojištěnci	osob
počet pojištěnců celkem k poslednímu dni sledovaného období	6 524 000
z toho státem hrazení	3 773 000
do 60 let	2 270 500
nad 60 let	1 523 333

II. ostatní ukazatele	v tis. Kč
stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh k poslednímu sledovaného období	4 293 611
stav dlouhodobého majetku včetně poskytovaných záloh pořízený za sledované období	698 897
v tom majetek na vlastní činnost	698 897
stav finančních investic k poslednímu dni sledovaného období	100 000
z toho vázáno v dceřinné společnosti	100 000
splátky bankovních úvěrů krátkodobých i dlouhodobých celkem	24 705
nesplacený zůstatek bankovních úvěrů k poslednímu dni sledovaného období	34 479
počet zaměstnanců k poslednímu dni sledovaného období	5 000
příděl ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu	4 454 127

III. závazky a pohledávky	v tis. Kč
závazky celkem k poslednímu dni sledovaného období	15 562 000
v tom závazky vůči zdravotnickým zařízením ve lhůtě splatnosti	12 354 000
v tom závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti	2 453 000
ostatní závazky ve lhůtě splatnosti	755 000
pohledávky celkem k poslednímu dni sledovaného období	39 686 732
v tom pohledávky za plátcí pojistného ve lhůtě splatnosti	8 608 000
v tom pohledávky za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti	29 211 000
pohledávky za zdravotnickými zařízeními ve lhůtě splatnosti	760 000
pohledávky za zdravotnickými zařízeními po lhůtě splatnosti	301 000
ostatní pohledávky ve lhůtě splatnosti	723 000
ostatní pohledávky po lhůtě splatnosti	83 732

zdroj: Zdravotně pojistný plán VZP ČR pro rok 2007

## **Příloha 2: Zdravotně pojistný plán**

Jako hlavní ekonomický cíl Zdravotně pojistného plánu pro rok 2007 si Pojišťovna vytyčila postupné snižování dluhů vůči zdravotnickým zařízením. Cílem je snížení závazků po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením o cca 6,05 mld. Kč.

Hlavního cílu ZPP 2007 mohlo být dosažen za předpokladu, že:

- bude pokračovat ekonomický růst české ekonomiky a budou naplněny prognózy makroekonomických ukazatelů rozhodných pro výši příjmů (dle odhadu MF a MPSV),
- MZ ČR nestanoví v segmentech, kde nedošlo k dohodě o výši úhrad v dohodovacím řízení na rok 2007, úhrady vyšší než jsou možnosti stanovené tímto plánem nebo nezvýší úhrady nad rámec dohod i v ostatních segmentech,
- bude pokračovat postupná stabilizace pojistného kmene a nedojde tedy k výrazným odchodům pojištěnců.

### **Hlavní parametry použité pro sestavení ZPP 2007**

Na příjmové straně ZPP 2007 jsou výpočty a předpoklady založeny zejména:

- na trendech vývoje počtu pojištěnců Pojišťovny v jednotlivých kategoriích plátců pojistného v roce 2007, které vycházejí ze snížení úbytku počtu pojištěnců Pojišťovny,
- na trendech vývoje věkové struktury pojištěnců Pojišťovny, ovlivňované mimo jiné přirozenou natalitou a mortalitou,
- na předpokládaném vývoji makroekonomických ukazatelů České republiky v roce 2007 korigovaných podle výpočtů Pojišťovny vztažených na portfolio jejích pojištěnců, tj. na:
  - růstu objemu mezd a platů o 6,4 %,
  - růstu nominálních mezd o 6,0 %,
  - míře inflace 2,8 %,
  - míře nezaměstnanosti v ČR 8,0 %,
  - počtu nezaměstnaných ČR 473 tis. osob,
  - míře nezaměstnanosti v řadách pojištěnců Pojišťovny 9,2 %.



- na předpokládané výši pojistného na veřejné zdravotní pojištění, která činí 13,5 % z vyměřovacího základu, kterým je u:
  - zaměstnance v pracovním poměru úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s výkonem zaměstnání, které zakládá účast na nemocenském pojištění, s výjimkou nezapočitatelných příjmů.
  - osoby samostatně výdělečně činné 50 % z příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Minimální vyměřovací základ je dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství, maximální vyměřovací základ je 486 000 Kč.
  - osoby, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a není za ní plátcem pojistného stát, minimální mzda.
  - osoby, za které je plátcem pojistného stát, 25 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství.

Na straně nákladů jsou výpočty a předpoklady založeny zejména:

- na předpokladu růstu nákladů na zdravotní péči do výše cca poloviny růstu příjmů v roce 2007,
- na stabilitě velikosti a struktury sítě zdravotnických zařízení,
- na převodu 4 454 mil. Kč ze ZFZP do provozního fondu ve výši max. limitu dle vyhlášky MF ČR č. 418/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů,
- na předpokladu nevyčerpání finančních prostředků provozního fondu ve výši 319,6 mil. Kč a využití těchto prostředků v ZFZP pro úhradu závazků vůči zdravotnickým zařízením,
- na převodu 394,6 mil. Kč ze ZFZP do fondu prevence ve výši max. limitu dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

### Příloha 3: hodnocení zdravotních systémů zprávou The Health Report 2000 191 členských zemí WHO

pořadí	stát	pořadí	stát	pořadí	stát
1	France	31	Finland	61	Mexico
2	Italy	32	Australia	62	Slovakia
3	San Marino	33	Chile	63	Egypt
4	Andorra	34	Denmark	64	Kazakhstan
5	Malta	35	Dominica	65	Uruguay
6	Singapore	36	Costa Rica	66	Hungary
7	Spain	37	United States of America	67	Trinidad and Tobago
8	Oman	38	Slovenia	68	Saint Lucia
9	Austria	39	Cuba	69	Belize
10	Japan	40	Brunei Darussalam	70	Turkey
11	Norway	41	New Zealand	71	Nicaragua
12	Portugal	42	Bahrain	72	Belarus
13	Monaco	43	Croatia	73	Lithuania
14	Greece	44	Qatar	74	Saint Vincent and the Grenadines
15	Iceland	45	Kuwait	75	Argentina
16	Luxembourg	46	Barbados	76	Sri Lanka
17	Netherlands	47	Thailand	77	Estonia
18	United Kingdom	48	Czech Republic	78	Guatemala
19	Ireland	49	Malaysia	79	Ukraine
20	Switzerland	50	Poland	80	Solomon Islands
21	Belgium	51	Dominican Republic	81	Algeria
22	Colombia	52	Tunisia	82	Palau
23	Sweden	53	Jamaica	83	Jordan
24	Cyprus	54	Venezuela	84	Mauritius
25	Germany	55	Albania	85	Grenada
26	Saudi Arabia	56	Seychelles	86	Antigua and Barbuda
27	United Arab Emirates	57	Paraguay	87	Libyan Arab Jamahiriya
28	Israel	58	Republic of Korea	88	Bangladesh
29	Morocco	59	Senegal		The former Yugoslav Republic of
30	Canada	60	Philippines	89	Macedonia
				90	Bosnia and Herzegovina

pořadí	stát
91	Lebanon
92	Indonesia
93	Iran
94	Bahamas
95	Panama
96	Fiji
97	Benin
98	Nauru
99	Romania
100	Saint Kitts and Nevis
101	Republic of Moldova
102	Bulgaria
103	Iraq
104	Armenia
105	Latvia
106	Yugoslavia
107	Cook Islands
108	Syrian Arab Republic
109	Azerbaijan
110	Suriname
111	Ecuador
112	India
113	Cape Verde
114	Georgia
115	El Salvador
116	Tonga
117	Uzbekistan
118	Comoros
119	Samoa
120	Yemen
121	Niue
123	Micronesia
124	Bhutan
125	Brazil

pořadí	stát
126	Bolivia
127	Vanuatu
128	Guyana
129	Peru
130	Russian Federation
131	Honduras
132	Burkina Faso
133	Sao Tome and Principe
134	Sudan
135	Ghana
136	Tuvalu
137	Côte d'Ivoire
138	Haiti
139	Gabon
140	Kenya
141	Marshall Islands
142	Kiribati
143	Burundi
144	China
145	Mongolia
146	Gambia
147	Maldives
148	Papua New Guinea
149	Uganda
150	Nepal
151	Kyrgyzstan
152	Togo
153	Turkmenistan
154	Tajikistan
155	Zimbabwe
156	United Republic of Tanzania
157	Djibouti
158	Eritrea
159	Madagascar

pořadí	stát
160	Viet Nam
161	Guinea
162	Mauritania
163	Mali
164	Cameroon
165	Lao People's Democratic Republic
166	Congo
167	Democratic People's Republic of Korea
168	Namibia
169	Botswana
170	Niger
171	Equatorial Guinea
172	Rwanda
173	Afghanistan
174	Cambodia
175	South Africa
176	Guinea-Bissau
177	Swaziland
178	Chad
179	Somalia
180	Ethiopia
181	Angola
182	Zambia
183	Lesotho
184	Mozambique
185	Malawi
186	Liberia
187	Nigeria
188	Democratic Republic of the Congo
189	Central African Republic
190	Myanmar
191	Sierra Leone

**Příloha 4: vývoj výdajů na zdravotnictví k HDP, průměrný věk dožití a počet mrtvých dětí do 5 let na 1000  
narozených EU 15 v letech 1995 - 2005**

**vývoj na zdravotnictví k HDP:**

	Austria	Belgium	Denmark	Finland	France	Germany	Greece	Ireland	Italy	Luxembourg	Netherlands	Portugal	Spain	Sweden	United Kingdom
1995	9,8	8,2	8,1	7,5	9,9	10,1	7,5	6,7	7,3	5,6	8,3	7,8	7,4	8,1	7
1996	9,8	8,4	8,2	7,6	9,8	10,4	7,4	6,5	7,4	5,7	8,2	8	7,5	8,3	7
1997	10	8,3	8,2	7,2	9,7	10,2	7,3	6,4	7,7	5,6	7,9	8	7,3	8,1	6,8
1998	10,2	8,4	8,3	6,9	9,6	10,2	7,3	6,2	7,7	5,7	8,1	8	7,3	8,3	6,9
1999	10,2	8,6	8,5	6,8	9,7	10,3	7,5	6,3	7,8	5,8	8,1	8,2	7,3	8,4	7,1
2000	10	8,6	8,3	6,6	9,6	10,3	9,3	6,3	8,1	5,8	8	8,8	7,2	8,4	7,3
2001	10	8,7	8,6	6,7	9,7	10,4	9,8	7	8,2	6,4	8,3	8,8	7,2	8,7	7,5
2002	10,1	9	8,8	7	10	10,6	9,7	7,2	8,3	6,8	8,9	9	7,3	9,1	7,7
2003	10,2	10,1	9,1	7,3	10,9	10,8	10	7,3	8,3	7,6	9,1	9,7	7,8	9,3	7,8
2004	10,3	10,2	9,2	7,4	11	10,6	9,6	7,5	8,7	7,9	9,2	10	8,1	9,1	8,1
2005	10,2	10,3	9,1	7,5	11,1	10,7	10,1	7,5	8,9	7,9	9,4	10,2	8,3	9,1	8,3

**průměrný věk dožití:**

	Austria	Belgium	Denmark	Finland	France	Germany	Greece	Ireland	Italy	Luxembourg	Netherlands	Portugal	Spain	Sweden	United Kingdom
1995	76,6	76,8	75,3	76,5	77,7	75,7	78,1	75,7	78,1	76,6	77,5	75,2	77,9	78,8	76,6
1996	76,9	77,2	75,7	76,8	78,1	76,8	77,8	75,9	78,3	76,6	77,5	75,1	78,1	79	76,9
1997	77,3	77,4	76	77	78,4	77,2	78,2	75,9	78,7	76,9	77,8	72,8	75,5	78,5	79,3
1998	77,7	77,5	76,3	77,2	78,6	77,6	77,9	76,2	78,8	77,1	77,9	75,8	78,6	79,4	77,3
1999	77,8	77,6	76,6	77,4	78,8	77,7	78,1	76,1	79,2	77,8	77,9	76,1	78,6	79,5	77,4
2000	78,1	77,8	76,9	77,6	79	78	78	76,5	79,6	77,9	78	76,6	79,2	79,7	77,8
2001	78,6	78,1	77	78,1	79,2	78,4	78,5	77,1	79,8	78	78,3	76,9	79,4	79,8	78,1
2002	78,8	78,2	77,2	78,2	79,4	78,3	78,7	77,8	79,8	78,2	78,3	77,2	79,6	79,9	78,2
2003	78,8	78,3	77,5	78,4	79,4	78,6	78,9	78,3	79,7	78	78,6	77,3	80,3	80,2	78,5
2004	79,3	78,5	77,6	78,8	80,3	78,6	79,1	78,9	80,1	78,8	79,2	77,8	80,5	80,6	78,9
2005	79,5	78,7	77,9	78,9	80,3	79	79,3	79,4	80,4	79,3	79,4	78,2	80,7	80,6	79

**počet mrtvých dětí do 5 let na 1000 obyvatel**

	Austria	Belgium	Denmark	Finland	France	Germany	Greece	Ireland	Italy	Luxembourg	Netherlands	Portugal	Spain	Sweden	United Kingdom
1995	6,6	7,4	6,2	4,9	6,2	6,5	8,7	7,6	7,3	4,3	6,7	9,6	6,6	4,5	7,2
1996	6,3	6,4	6,6	4,6	5,9	6,1	8,1	7,4	7,3	5,3	6,9	9,2	6,6	4,4	7,3
1997	5,8	6,6	6,1	4,8	5,9	6	7,4	7,5	6,7	4,4	6,2	8,8	6,1	4,4	6,8
1998	6	6,3	5,7	4,8	5,6	5,6	7,6	7,1	6,1	6,2	6,3	8,4	5,7	4,3	6,8
1999	5,4	6	5	4,5	5,4	5,5	7	7,3	5,9	4,9	6,3	7,5	5,7	3,9	6,8
2000	5,7	6	5,8	4,3	5,5	5,3	6,7	7,1	5,3	3,9	6,3	7,7	5,5	3,9	6,4
2001	5,7	5,8	5,5	3,8	5,5	5,2	5,8	7,4	5,5	7,1	6,3	6,7	5,1	4,4	6,5
2002	4,9	5,5	5,4	3,6	5	5,1	6	6,6	5,2	5,1	6	6,7	5,2	4,1	6,3
2003	5,5	5,2	5,4	4,1	5	5,1	4,8	6,2	5	5,2	5,7	5,3	5,1	3,8	6,4
2004	5,1	5,2	5,3	4,4	4,7	4,9	5	5,7	4,8	3,9	5,2	5,1	4,9	3,6	6,1
2005	5	5,1	5,2	4,1	4,7	4,8	4,6	4,8	4,4	3,3	5,1	5,1	4,7	3,5	5,9

